



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

Máster Oficial

Estudios Interdisciplinarios de Género

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Jesús Gallego García

Dirección Académica

Profesora Dra. María Dolores Calvo Sánchez

Curso Académico 2008-2009



María Dolores Calvo Sánchez, Profesora del Master Oficial de Estudios de Género y Políticas de Igualdad de la Universidad de Salamanca, informa como directora del trabajo de investigación que se presenta, que reúne a mi juicio todos los requisitos necesarios para ser presentado y defendido ante la comisión enjuiciadora.

En Salamanca a 30 de agosto de 2009

Dedicado a quienes me han apoyado mientras realizaba este trabajo:
A Carmina, Javier, Guillermo, Chispa y a mis padres. A María José,
Bardera, Cristina, Bego, Fuensi. A la directora de la Escuela de
Enfermería de Zamora. A todas mis compañeras, de la primera edición
de este Máster. A la directora Ángela, a las profesoras y profesores y a
la directora académica de este trabajo, María Dolores.
Gracias

“A todos aquellos que en su calidad de mujeres y
hombres trabajan para promover la vida.
Los que requieren cuidados que gozan de lo esencial
de la acción de cuidar.
A la enfermeras y los enfermeros que sustituyen a
aquellas personas con dificultades para cuidarse.
A todos aquellos y aquellas que tanto me han
enseñado con su trabajo, su reflexión, sus cambios”.

Marie Françoise Collière

1993

Índice

I. Introducción.....	7
II. Antecedentes históricos de la Enfermería	
1. Influencia histórica del cuidado en la enfermería actual.....	12
2. Etapas históricas del cuidado enfermero.....	13
a. Etapa doméstica	
b. Etapa vocacional	
c. Etapa técnica	
d. Etapa profesional	
3. La magia y el cuidado durante el Neolítico y la Edad del Hierro.....	16
4. Enfermería y medicina en la Edad Antigua.....	18
5. Los cuidados de salud en la Edad Media.....	26
6. La enfermería y el cuidado en la Edad Moderna.....	31
7. La enfermería profesional en el Mundo Contemporáneo.....	36
III. La Enfermería como profesión	
1. Evolución de la profesión enfermera, desde el siglo XIX, hasta el siglo XXI.....	42
2. ¿Por qué la Enfermería es considerada una profesión?.....	44
3. El Código Deontológico de Enfermería.....	49
4. Concepto de identidad profesional.....	50
5. Misión de la Enfermería.....	53
6. Definición de enfermera y enfermero.....	54
7. Los cuidados de enfermería.....	55
IV. Discriminación en Enfermería	
1. Concepto de discriminación.....	58
2. ¿Se detecta discriminación entre mujeres y varones enfermeros?.....	59
3. ¿Es la Enfermería una profesión femenina?.....	60
4. Se evidencia un escaso interés de los varones, en la elección de la profesión enfermera.....	62
5. La elección de los estudios parece estar relacionada con estereotipos de género.....	63
6. Diferencias de género en los antiguos estudios de ATS.....	63

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

7. La Enfermería entra en la Universidad “por la puerta de atrás”.....	64
8. El techo de cristal.....	64
9. La apertura de la “puerta grande” de la Universidad, para Enfermería en el Reino de España (8 de febrero de 2008).....	65
10. Una profesión mayoritariamente femenina cuya actividad es el cuidado.....	66
11. La subordinación.....	67
12. Menguada identidad profesional y baja autovaloración.....	68
13. Las condiciones de trabajo.....	69
14. Los representantes sindicales de enfermería y su distribución por género.....	72
15. El frenazo de las Especialidades Enfermeras.....	74
V. Oportunidades para el cambio	
1. Nueva titulación de grado. Acceso al doctorado, sin dar un rodeo.....	78
2. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.....	79
3. La carrera profesional del Sistema Nacional de Salud.....	82
4. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).....	83
5. El desarrollo de las Especialidades Enfermeras.....	86
6. La prescripción enfermera.....	88
7. Decálogo Profesional de la Enfermería Española.....	91
Conclusiones y propuestas.....	94
Bibliografía.....	99

I. Introducción

El fin de este estudio, de tipo cualitativo, se centra en el planteamiento de una cuestión principal ¿Existe discriminación en la profesión de Enfermería? Y si es así ¿de qué tipo, a qué se debe, cuáles son las propuestas para la mejora? Según las fuentes bibliográficas consultadas, y la propia experiencia adquirida en la relación con otros colegas, se aprecia un sentimiento generalizado de discriminación en el imaginario enfermero.

El trabajo se estructura en cuatro secciones complementarias entre sí. En primer lugar, los antecedentes históricos permiten comprender la evolución de una profesión heterogénea, donde las diferencias de género han estado presentes desde sus comienzos. El segundo capítulo, plantea si la enfermería cumple los criterios sociológicos y jurídicos que se atribuyen, en la actualidad, a las profesiones. En la siguiente sección, se analiza si existe discriminación generada por las cuestiones de género, en una profesión mayoritariamente femenina. Por último, se indaga sobre las oportunidades de promoción que otorga la normativa jurídica, para el desarrollo presente y futuro de la profesión. En el apartado de conclusiones se aportan además una serie de propuestas propias, concordantes con la visión de las autoras y autores citados en este estudio.

Para facilitar su consulta, las referencias bibliográficas se presentan en tres categorías. En la primera se alude a las publicaciones de libros y revistas, en formato papel o electrónico, mediante un índice de autores. En la segunda se clasifican las referencias de las páginas Web consultadas, según los organismos y entidades a los que pertenecen. En un tercer apartado constan las principales referencias jurídicas.

Se pretende conocer, si existe realmente discriminación de género, o de cualquier otro tipo, en la profesión enfermera, tanto en el nivel asistencial como en el académico, en la gestión y en la investigación, y de sus causas. Para esto, se hace necesario realizar un estudio sobre el desarrollo histórico de la profesión enfermera, desde sus comienzos hasta su ubicación en la Universidad y determinar sobre qué bases se sustenta la disciplina. ¿Es realmente una profesión? ¿Qué criterios son necesarios para considerarla como tal? ¿Cuál es su misión en la sociedad? ¿Posee señas de identidad propias? ¿Qué dice la Ley al respecto? De la misma forma, habrá que analizar, cuál es su posición respecto a otros

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

profesionales sanitarios, especialmente la profesión médica, y por último, las posibilidades que le otorga el ordenamiento jurídico para su crecimiento y desarrollo, tales como, la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y el Real Decreto sobre especialidades enfermeras.

Las funciones y competencias profesionales, se enmarcan en el Real Decreto sobre la ordenación del ejercicio profesional y los estatutos de la Organización Colegial. El Real Decreto de ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, marca las directrices de los estudios universitarios, entre los que se encuentra la Enfermería¹. Este último, le otorga la misma categoría, que al resto de las titulaciones universitarias.

El Grado para Enfermería, aprobado en febrero de 2008, confiere a este trabajo oportunidad y pertinencia, puesto que se presenta una ocasión única, para que la profesión se afiance en el ámbito académico. Realmente, la formación superior, representa un logro que le facilitará el acceso a los puestos de poder, tanto en el ámbito universitario como en asistencial. El campo de la investigación, tan restringido actualmente, podrá desarrollarse plenamente, sin cortapisas. Igualmente, en la faceta de gestión, podrá ampliar sus posibilidades.

Se realiza un análisis de las desigualdades de género en la formación, el acceso al empleo, las condiciones de trabajo, la carrera académica y las oportunidades de promoción en el ámbito profesional.

La distribución de las personas que integran una profesión marcada por el género, asigna a todos sus integrantes, roles y cualidades relacionadas con estereotipos, cuyo origen tiene que ver con la división sexual del trabajo. Los estereotipos suponen prejuicios y enmascaran la realidad, creando desigualdades. Titulares como, “hacen falta más médicos y enfermeras”, aparecen con cierta frecuencia en los periódicos. Realmente, los estereotipos masculino y femenino, se ven reflejados aquí, con claridad. Con expresiones como ésta, se está atribuyendo valor masculino a la profesión médica y valor femenino a la de Enfermería. Este fenómeno es conocido como discriminación horizontal. Y eso, a pesar de que en 2007, según datos del Instituto de la Mujer, más del 43 % de la profesión médica española,

¹ BOE. REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

colegiada, eran mujeres. Sin embargo, en el caso de Enfermería, el porcentaje de féminas profesionales, se sitúa en torno al 83 %.

La distribución desigual de mujeres y hombres, a partir de los distintos sectores laborales, se evidencia por la categorización según el género, siendo calificados unos, como trabajos masculinos y otros como femeninos. Es un hecho constado, que las mujeres se concentran en profesiones sanitarias, educación y servicios sociales. Los varones tienen predisposición hacia las ingenierías, las profesiones técnicas, la economía y las obras públicas. Existe un cierto equilibrio, en los puestos de trabajo que oferta la administración pública, el comercio y la hostelería.

Que una profesión cuente con un número mayor de hombres o de mujeres, debería ser algo puramente anecdótico, pero actualmente, las profesiones consideradas femeninas, acarrear un lastre importante. Si el trabajo de la mujer en el ámbito privado, no era retribuido -y no olvidemos que, sobre todo, desempeñaba una labor cuidadora-, en el mercado laboral, su labor y la correspondiente remuneración, serían consideradas menos valiosas. Además, el aspecto de la sumisión doméstica femenina, calificada como un valor moral, por la religión y las sociedades menos democráticas anteriores, chocará frontalmente con la idea de adquirir poder en el puesto de trabajo. Por esta razón, incluso dentro de las “profesiones femeninas”, los pocos hombres que las integran, ocupan frecuentemente los puestos de mando.

Teniendo en cuenta, que la misión de la Enfermería es proporcionar cuidados, y que la perspectiva de género, está presente en este trabajo, el concepto y la ética del cuidado, forman parte de este preámbulo introductorio. De esta forma se facilita la comprensión de argumentos esgrimidos en secciones posteriores. Se observa la conexión que existe entre la ética del cuidado enfermero y la valiosa visión proporcionada por las teorías feministas.

En 1971, se empieza a debatir ampliamente sobre el concepto de cuidado. El cuidado es algo universal. Es necesario para todos, ya que todas las personas son interdependientes como seres sociales. Está relacionado con el concepto de justicia, tiene en cuenta las necesidades de otros y crea relaciones y vínculos. Las mujeres han estado administrando cuidados durante milenios y están bien entrenadas para ello. A lo largo de los siglos han cuidado a la prole y a los familiares enfermos, pero esto es fruto de unas relaciones

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

desiguales. El cuidado debe enfocarse como distribución de cargas y beneficios. Si bien, decíamos, que el cuidado tiene que ver con la justicia, es la responsabilidad, la que debe conducirlo y distribuirlo. Tal vez, la constante inclinación de las mujeres hacia la enfermería, y sus actuaciones dentro de la profesión, esté relacionada con estas premisas.

Otro punto de conexión del cuidado, apreciado bajo la óptica ética de la teoría feminista, con respecto al cuidado enfermero, se aprecia en la teoría de Benabib, S (1992), cuando afirma que, el cuidado va a permitir conocer las situaciones concretas y hacernos cargo de la vulnerabilidad de los seres humanos. En dichas situaciones, podemos “escuchar la voz del otro” y surgen sentimientos de empatía, amistad, responsabilidad y solidaridad.

En esta misma línea, se encuentra el pensamiento de Heldn, V (1995), cuando sostiene que debe equilibrarse el cuidado y la justicia. En esta época, en que se potencia políticamente el “Estado del Bienestar”, se aprecia la existencia de una gran mayoría de derechos negativos, que protegen a los individuos “de lo que no se puede hacer”. Para conseguir el estado del bienestar, es necesario iniciar una política activa de derechos positivos, que fructifiquen en beneficio de toda la sociedad y de cada individuo en particular. Es una visión alternativa al concepto de justicia, de tal manera, que cuando escuchamos la “otra voz”, oímos los problemas y las necesidades de las personas bajo otro punto de vista. Los cuidadores y cuidadoras profesionales, reivindican justamente lo mismo, puesto que la ética del cuidado no se opone a la justicia, sino que la complementa desde el principio de responsabilidad. Dicha ética, propone una distribución más equitativa, así como el reconocimiento del valor y de la propia existencia de los cuidados, ejercidos por las mujeres en el seno familiar, que resultan “invisibles” y no remunerados.

La extrapolación de los cuidados familiares, ejercidos por mujeres, llegó a la organización del trabajo de Enfermería en los hospitales, que hasta bien entrado el último tercio del siglo XX, consideraron la acción cuidadora de la enfermera mujer, como continuación de los cuidados domésticos, incluido el atributo de sumisión. Parece probable, que si las teorías bioéticas del cuidado, se desarrollan a partir de los años setenta, éstas hayan influido en los cambios producidos en las relaciones de enfermería, dentro de la organización de los sistemas de salud. Dichas teorías bioéticas, también influirían en la relación que mantenían las enfermeras, con el resto de los profesionales sanitarios. El concepto de equipo sanitario, se revaloriza además, en estos años, de forma coincidente, lo

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

que implica distribución más equitativa y aplicación del principio de responsabilidad. Por otro lado, la labor enfermera se hace más visible. Sirva como ejemplo ilustrativo de esta nueva realidad, la imagen de los profesionales sanitarios que constituyen los servicios de emergencias sanitarias. Técnicos de transporte, profesionales de Enfermería y de Medicina, trabajan en equipos, sólidamente constituidos, donde cada cual ejerce su función, dentro de una relación horizontal, de equipo, sin que eso suprima la relación jerárquica profesional. Entre las ventajas que se evidencian, se describe una mejoría en la comunicación interprofesional, una mayor satisfacción laboral y sobre todo, aumento de la eficiencia en la atención sanitaria.

Buscando mantener la dignidad de los usuarios del sistema de salud, sobre los que se administrarán cuidados, los poderes públicos formulan su “compromiso con la humanización de la asistencia sanitaria sobre la base de los principios y valores de la bioética: Asistencia integral al enfermo, seguimiento personalizado, cercanía personal y veracidad a la hora de informar y, en definitiva, establecimiento de un clima de confianza basado en el respeto de la dignidad, identidad, integridad e intimidad de la persona enferma”².

Para terminar esta introducción y conectar con el capítulo referente a la Historia de la Enfermería, nos haremos eco de las palabras, de la maestra de la enfermería francesa, Marie Françoise Collière, quién en su obra “Promover la vida”, hace visible un dato olvidado con respecto al origen de la palabra medicina. En la mujer, “los embarazos y los cuidados de los niños, al limitar sus desplazamientos, la llevaron a descubrir todos los secretos de las plantas, desde la cosecha a las semillas, para en diez mil años, llegar a la revolución agraria y también al descubrimiento de un arte al que se le dará su nombre. El arte de la mujer sanadora, inmortalizado por “Médée”, hechicera legendaria, se convertirá en la “Medicina”, ciencia atribuida con mucho retraso a los hombres en la historia de la humanidad”³. Una prueba más de la discriminación de género.

² B.O.C. y L. – núm. 125 Lunes, 1 de julio 2002 CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. *RESOLUCIÓN de 27 de junio de 2002, de la Dirección General del Secretariado de la Junta y Relaciones Institucionales, por la que se ordena la publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León» del Acuerdo Marco sobre ordenación de los recursos humanos de la Gerencia Regional de Salud, para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en Castilla y León.*

³ COLLIÈRE, MF. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería.* Ed. McGraw-Hill/Interamericana, Madrid 1993.

II. Antecedentes históricos de la profesión

1. Influencia histórica del cuidado en la enfermería actual

¿De qué forma ha influido la Historia de la Disciplina Enfermera, en su situación actual? Para encontrar una explicación coherente a esta y otras cuestiones relacionadas, habrá que tener en cuenta, que en un pasado no muy lejano, existía una marcada diferencia en cuanto a espacios, tareas, género, nomenclatura y contenidos curriculares, entre los profesionales del cuidado. Tampoco puede olvidarse, la relación marcadamente jerárquica, que aún se contempla y que mantiene la Enfermería con los profesionales de la medicina, en el actual sistema de salud. Conviene recordar la existencia en el pasado, de tres grupos de profesionales, segregados por sexo y función: enfermeras, practicantes y matronas. Estas categorías profesionales, se unirían, formando una sola, al crearse los Estudios de ATS en 1952⁴; este modelo va a persistir hasta 1977, año en que los estudios de Enfermería son incorporados a la Universidad, apareciendo en dicho ámbito, las Escuelas Universitarias de Enfermería. Sirva como ejemplo, entre otras muchas, el caso de la Escuela de la Universidad de Salamanca, que se independiza formalmente ese mismo año, de la Facultad de Medicina⁵.

“Es posible observar qué características, vinculadas al ser mujer, se ven claramente reflejadas en el desarrollo de la profesión de enfermería y en las cualidades exigidas a quienes la ejercen. A lo largo de la historia, la mujer ha estado en la situación de reclusión, invisibilidad, de subordinación y de ningún poder social, lo que ha influenciado socioculturalmente en ritos, costumbres y factores que determinaron la identidad y el desarrollo de la enfermería”, afirman Zúñiga Careaga y Paravic Klign⁶. Estas autoras introducen la perspectiva de género en el análisis histórico, lo cual resulta realmente

⁴ Portal Híades.1952, Decreto de 27 de junio, se unifican los planes de estudios existentes hasta aquel momento, esto es, los de Practicantes, Enfermeras y Matronas en uno solo que otorga el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). (citado 15-06-2009)

http://www.portalhíades.com/Otros%20enlaces/C_Fechas%20clave%20enferme/Fechas_enferme.htm

⁵ La Escuela Universitaria de Enfermería nació en el año 1977 como consecuencia de la integración, en la Universidad de Salamanca, de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios de la Facultad de Medicina, de acuerdo con el Real Decreto 2/28/1977 de 23 de julio (B.O.E. del 22 de agosto) (citado 15-03-2009).

<http://enfermeria.usal.es/centro/historia.php>

⁶ Zúñiga Careaga, Y; Paravic Klign, T El género en el desarrollo de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, vol 25, año 2009 nº1-2. (citado 15-06-2009) <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html>

coherente, en una profesión mayoritariamente femenina y por tanto marcada por el género. Para poder conocer como se ha llegado a esta situación, vamos a dar un gran salto en el tiempo, nos trasladaremos hasta tiempos prehistóricos.

Hay que tener en cuenta, que el campo de Historia de la Enfermería, abarca el estudio de los fenómenos humanos y de la sociedad, en los que estos se desarrollan y que su objeto de estudio específico, aporta a la disciplina identidad propia.

2. Etapas históricas del cuidado enfermero

Desde el punto de vista estructural, donde el análisis se realiza según la interpretación de acontecimientos de larga duración, dentro de periodos históricos estables, de forma descriptiva, se establecen cuatro grandes fases: la etapa doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional.

a. Etapa doméstica

Abarca, temporalmente, desde la organización tribal neolítica primitiva, hasta la caída del Imperio Romano. La salud se percibe como mantenimiento de la vida. Se administran cuidados básicos, encaminados a conseguir bienestar, higiene y una alimentación adecuada, que preserven o restauren la salud, así como los propios de la reproducción y de la maternidad. Casi siempre van a ser asumidos por las mujeres en el ámbito familiar. “Alrededor de cada mujer, en la familia, se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar”.

7

⁷FICA HERNÁNDO, MARÍA LUZ, DUE y Licenciada en Ciencias de la Información. Profesora Titular del Departamento de Enfermería de Lanzarote, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. (citado 15-06-2009) <http://enfermeros.org/historia.html>

“En consecuencia, los cuidados van encaminados a ese mantenimiento de la vida a través de la promoción de la higiene, la adecuada alimentación, el vestido y, en general, todas las medidas que hacen la vida más agradable, algunas de las cuales se han dado en llamar en nuestros días cuidados básicos”⁸. La conexión en este punto, con la enfermería actual, miles de años después, resulta evidente.

b. Etapa vocacional, religiosa, institucional.

Surge con el advenimiento del cristianismo, el cuidar se considera una vocación, un don divino. Supone la entrega a los otros, sin esperar nada a cambio. El cuidado es interpretado como aplicación y desarrollo de la caridad, como virtud. Algunas órdenes de mujeres religiosas y otras de religiosos, cuidan a los enfermos y necesitados. Según consta en los libros sagrados cristianos, Cristo practicó la curación de forma milagrosa, devolviendo a muchas personas la salud. La filosofía cristiana promueve la beneficencia al desvalido, al necesitado, al enfermo, siendo la enfermedad, al contrario de lo que se pensaba hasta este momento, una posibilidad de redención, tanto para el que la sufre, como para quien cuida al enfermo. La enfermedad ya no es un castigo. Este camino de salvación, propuesto por el cristianismo, se materializará con la creación, por parte de la Iglesia, de instituciones específicamente dedicadas a la acogida de enfermos y necesitados. La vinculación entre religión y enfermedad, continúa y se afianza.

c. Etapa técnica, pre-profesional

En este periodo, la salud se define como ausencia de enfermedad. La consecución de la salud se centra en encontrar y utilizar medios de lucha contra la enfermedad. En España, la edad de oro de la etapa técnica, tiene lugar en el siglo XX y hace que las enfermeras se sitúen en un permanente conflicto. Aumenta el interés por las técnicas, se busca la profesionalización, en detrimento de ciertos aspectos vocacionales, se tiende a la objetivación del paciente. “De una parte, la sociedad de la época, espera de las enfermeras una actitud maternal y abnegada, basada en el modelo precedente. Por otra, los servicios de atención a la salud, organizados bajo

⁸GARCIA MARTIN CARO, C MARTÍNEZ MARTÍN, M L. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Ed. Arcourt SA, Madrid, 2001

patrones médicos, exigen a las enfermeras cada vez más especialización en técnicas curativas y menos preparación en la atención al enfermo como persona. Ambas influencias entran en crisis, motivada la primera por la progresiva secularización de la sociedad y de las propias enfermeras, que comienzan a desechar el aspecto vocacional en el sentido meramente religioso. Y la segunda, por la dependencia de la enfermería a la clase médica, porque cada vez se hace menos cuestionable que una profesión femenina deba estar organizada y gestionada por mujeres. A pesar de estas consideraciones, en este tiempo la actividad enfermera se basa en la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, como trabajo auxiliar de la medicina, siendo sus tareas más importantes y valoradas: medición de signos vitales, práctica de curas, administración de fármacos y otros tratamientos”⁹. Hay que resaltar que esta imagen sigue presente en buen número de profesionales de la enfermería, en mayor número de profesionales médicos y en la mayor parte de la población general.

d. Etapa profesional, basada en el conocimiento científico

Los estudios se integran en la Universidad. Se persigue el conocimiento basado en la evidencia. Se desarrollan teorías y modelos, métodos de trabajo. La salud se define como bienestar físico, psíquico y social del individuo y de la comunidad y no solo la ausencia de enfermedad. Resulta de la interacción equilibrada del individuo y su ambiente. En esta etapa se recupera el “cuidado” como función propia de la enfermería. Se profesionaliza la actividad de cuidar.

Hay que tener en cuenta, que esta clasificación, no se corresponde exactamente en la temporalidad ni en los espacios en los que se desarrolla, habiéndose detectado notables diferencias según el ámbito geográfico y cultural. Así, por ejemplo, en nuestros días, coexisten las instituciones profesionales con las que tienen un marcado carácter religioso y en ciertos grupos humanos primitivos la organización tribal aún está presente. Sin embargo, aún siendo puramente descriptiva, dicha clasificación resulta útil para el estudio universal evolutivo de la profesión, en su conjunto.

⁹ Universidad de las Palmas de Gran Canaria. *Historia de la Enfermería* (citado 7-08-2009)
http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/7/7758/Etapa_Tecnica_de_los_Cuidados_de_Enfermeria.pdf

3. La magia y el cuidado durante el Neolítico y la Edad del Hierro

Situándonos en los orígenes, el Neolítico marcó diferencias en la forma de vida de los grupos humanos. La domesticación de los animales, hizo que la caza ya no fuera imprescindible y la plantación de semillas y frutos, que no fuera necesario desplazarse continuamente para la recolección. La conservación de éstas, junto a las materias alimenticias proporcionadas por los animales domésticos, sentó las bases adecuadas para que se produjera una sedentarización, que aportaría las ventajas de la estabilidad y la seguridad del grupo, así como un cierto tiempo de ocio, que permitiría el incremento de las relaciones sociales. El desarrollo intelectual de los individuos aumentó considerablemente y así la capacidad para resolver problemas, también el cuidado como forma de relación. La sedentarización haría necesaria la posesión de un territorio propio donde desarrollar las actividades grupales, con la consecuente competencia en la posesión de éste. En esa época, los grupos emparentados por lazos familiares, constituyen los clanes. Éstos no tardarían en unirse, formando grupos más grandes, que proporcionarían una mayor protección frente a otros clanes amenazantes, dichas sociedades primitivas, con cierto grado de complejidad constituyeron la tribu. Esta organización, da lugar a una división social y también conlleva una división del trabajo y de las tareas tribales. La edad y el sexo van a ser determinantes en la formación de los roles. Los hombres, guerreros y cazadores, ostentarán el mando, basado en la fuerza física, se desplazarán fuera del poblado, competirán con otras tribus por los recursos y el territorio. Es en este periodo, en el que se sientan las bases que van propiciar la aparición y permanencia del patriarcado a lo largo de milenios, como forma de organización social, en función de la división del trabajo, los roles y el poder. Las mujeres, mientras tanto, se mantienen en el espacio privado, en lo doméstico, ocupándose de la crianza de los hijos y del cuidado de estos, así como de los enfermos y ancianos.

Al comienzo de esta época, pudo existir un cierto igualitarismo, entre mujeres y hombres, ya que las mujeres participan en las tareas de producción. Se ha especulado sobre la existencia de sociedades matriarcales, a partir de que Bachofen, descubre las llamadas “estatuillas de la fertilidad”, atribuyéndoles poder a las mujeres, dentro de la sociedad, pero actualmente no se encuentra fundamento alguno, que sostenga esta hipótesis.

Las razones que se atribuyen a la aparición del patriarcado, son principalmente de dos tipos: las socioeconómicas y las basadas en la fuerza. La producción agrícola introdujo

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

avances tecnológicos, como el arado y el carro. La utilización de los metales permite desarrollar armas más poderosas y se desarrolla la tecnología de las herramientas. A la vez, el comercio es impulsado por el aumento de intercambios de productos de todo tipo, agrícolas, ganaderos, artesanía, etc. y la guerra adquiere mayores dimensiones, los territorios a proteger son cada vez más extensos y se consideran más valiosos. Por tanto el guerrero y el comerciante varón tienen que desplazarse. Adquieren poder económico y el derivado de la fuerza de las armas. El varón tiende a imponerse a la mujer, cuya misión fundamental, es entonces reproductiva y de cuidado. Parece evidente, que la cultura basada en el patriarcado, lleva aparejada la tarea de cuidar como responsabilidad de las mujeres y ese continuum que persiste durante milenios, es incorporado al imaginario social, como algo natural.

Durante la Edad del Hierro, se evidencian ya las diferencias de género y de clase, en los diferentes ajueres funerarios. Se produce división de los espacios, la mujer se confina en el hogar, en lo privado y el varón en los espacios abiertos y públicos. Por lo tanto, si la mujer es uno de los principales agentes dispensadores de cuidados, parece razonable pensar que las diferencias de género hayan influido, desde entonces, como un lastre, en la evolución de éstos como profesión y en la escasa valoración social que han sufrido, a lo largo de la Historia.

Durante los remotos tiempos prehistóricos, se toma conciencia del concepto de salud y se buscan explicaciones para la falta de ésta, es decir, la sociedad primitiva se pregunta por qué se produce la enfermedad. Por observación de los fenómenos naturales, el castigo a humanos, plantas y animales por entes sobrenaturales, parece ser el origen de desgracias y enfermedades. La caída del rayo reflejaba el poder y la furia de los dioses. La enfermedad es indudablemente un castigo. Cuidados tales como el reposo, la alimentación y la limpieza de las heridas, aportaron resultados sorprendentes a los beneficiarios. Sin embargo, los espíritus que provocaban la desgracia, debían ser aplacados. Sacrificios, agradecimientos y conjuros conseguían neutralizar la ira de los dioses. El brujo, curandero o chamán, se hizo imprescindible como hilo conductor hacia los espíritus sobrenaturales que dañaban la bondad de la naturaleza. Es bien conocido el axioma, que la medicina mantiene actualmente, afirmando que el cuerpo se cura por sí solo, gracias a sus propios recursos naturales. La medicina solo ayuda en la curación. Así, cuando se sutura una herida, solo se unen los bordes, pero la herida cicatriza por la natural proliferación celular y otros mecanismos fisiológicos, determinados genéticamente. Podría concluirse, que para conseguir este

fenómeno, son prioritarios los cuidados de la herida: limpieza, desinfección y una sencilla técnica de sutura, arte que desde la prehistoria han dominado las mujeres, entrenadas en unir pieles de animales para confeccionar el vestido. Por tanto ¿por qué la tribu necesitaba al brujo varón, que formulara, siempre dudosos, conjuros y ordenara administrar remedios a otros, a través de las mujeres?

Indudablemente, la madre cuidando a su prole y por extensión a otros miembros de la tribu que no pudieran desplazarse, por estar lesionados o enfermos, se constituyó en cuidadora primera y primaria. Pero donde no llegan los cuidados hay que intentar la brujería. Si lo natural no logra la curación, la causa debe ser sobrenatural, el brujo es necesario por poseer cualidades que le comunicaban con los espíritus. El brujo atiende, solo él, a las peticiones divinas, propone sacrificios y adquiere poder. La tribu debe realizar la voluntad de los espíritus, para eludir la desgracia. El transmisor de dicha voluntad es el chamán, éste es iluminado por la gracia y encuentra mágicos remedios curativos. El brujo, médico, domina el espacio público y la mujer cuidadora, sanadora y enfermera, se mueve en el privado.

4. Enfermería y medicina en la Edad Antigua

La Edad Antigua (3500 a C - 476 d C), está marcada por la aparición de la escritura y termina con la caída del Imperio Romano de Occidente. En esta época, la tribu se desarrolla y la complejidad de su organización social aumenta. Los asentamientos en zonas fértiles, donde proliferan los cultivos y la cría de animales, aseguran la manutención de la comunidad en todo momento, conducen a la formación de núcleos urbanos. Los, cada vez más complejos, intercambios comerciales, la prestación de servicios, el almacenamiento de materias primas y elaboradas, así como la defensa de los bienes, precisan asentamientos fortificados, donde se concentran importantes grupos de población. Aparece la división del trabajo, marcada por la clase y el género, las diferencias son notables. Las ciudades, además de ofertar protección y bienes, son proveedoras de servicios de justicia, oficios religiosos, diversión, hostelería, baños y curandería, entre otros. Persiste la idea de que las enfermedades son producidas por espíritus malignos y los magos, brujos y líderes religiosos, se encargarán de orar y conjurar las enfermedades. Los sacerdotes tendrán la consideración de médicos.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

La enfermedad no tenía una etiología física conocida y por tanto, su causa se consideraba algo sobrenatural, los espíritus y divinidades enviaban castigos por faltas, delitos o, en general, pecados cometidos por las personas. De esta forma, las enfermedades se clasificaban en función de la gravedad del pecado cometido. Diagnóstico y pronóstico dependían, no del mal que afectaba al enfermo, sino de sus faltas y pecados. Observación y adivinación suponían la base diagnóstica. El tratamiento estaba relacionado con el logro del perdón de dioses y espíritus, por tanto el conjuro y la magia constituían la base terapéutica. El empirismo era utilizado para el cuidado y tratamiento de males explicables de índole natural, tales como lesiones o heridas. Hierbas medicinales, productos animales y minerales constituían la base de la farmacopea. La cirugía consistía en la reducción de fracturas y luxaciones, entablillamiento, apertura de abscesos, realización de sangrías e incluso trepanaciones.

Una de las primeras civilizaciones complejas, del mundo antiguo, es la egipcia. Los conocimientos que aporta esta cultura, han sido estudiados gracias a la conservación de un buen número de documentos de la época. Las culturas babilónica y mesopotámica pertenecen, de igual modo que la egipcia, al grupo de civilizaciones situadas geográficamente en Oriente Próximo. A su vez, en el continente asiático, florecerán otras culturas que se corresponden con los actuales países de India, China y Japón. En el continente americano, las denominadas culturas precolombinas, aportaron un complejo sistema en cuanto a la organización social, la administrativa, las artes y las ciencias. En todas ellas, es una constante la presencia de sacerdotes que conjuran la enfermedad, generalmente varones, y de mujeres cuidadoras.

En la antigua Babilonia, existía la creencia de que la vida de hombres y mujeres sobre la tierra, se desarrollaba en un estado natural de salud y felicidad, siempre que se cumplieran ciertas reglas, como la de respetar la prohibición de comer un fruto prohibido, llamado cassia. Los transgresores, eran castigados con la enfermedad. El mismo mito se observa en la tradición judeo-cristiana, con la prohibición de comer la manzana de árbol del bien y del mal. La enfermedad, tenía así un carácter punitivo y los enfermos eran considerados como personas castigadas, marcadas por una mancha. Esto conllevaba un aislamiento social hasta que sanaba, sino era así, sería considerado pecador no perdonado hasta el final de sus días.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Los males eran descritos fundamentalmente por su sintomatología, dividiéndose en tres grupos:

- Los que afectaban a la cabeza: entre los que se encuentran los problemas dentales, las hemorragias nasales, los dolores de cabeza y oídos y los referidos al cuero cabelludo.
- Los que afectan al tórax: Expectoración, tos, dificultad respiratoria
- Los propios del abdomen: Ictericia, ardor de estómago, cólicos, diarreas, hemorroides así como la hematuria y piuria

El cuidado de salud y, sobre todo, la lucha contra la enfermedad buscando la curación, era practicado por los sacerdotes escribas, situados en lo más alto de la escala, ya que solo ellos tenían comunicación directa con la divinidad, con lo sobrenatural. Los cirujanos realizaban técnicas sobre heridas, abscesos, fracturas y otros males, pero la importancia de estos era menor puesto que esos males eran naturales y sus remedios simples técnicas, donde no intervenía la divinidad. Los cuidadores babilónicos eran sirvientes domésticos, generalmente esclavos. Existe documentación, en forma de tablillas, acerca del trabajo desarrollado por amas de cría, parteras y cuidadoras de niños, donde se describe el apego que tenían a su labor.

Dentro de la Cultura Babilónica, merece especial mención “El Código de Hammurabi”, ya que supone la primera reglamentación jurídica conocida, de la historia (1783 a C). Sus inscripciones, están grabadas sobre un gran pilar de piedra negra, que estaba situado en uno de los templos babilónicos. En éste, el rey Hammurabi, enumera las leyes que ha recibido del dios Marduk para fomentar el bienestar entre las gentes.¹⁰ El interés de este código, en un trabajo sobre cuidados de salud, reside en que además de contemplar medidas jurídicas, que tipifican el equivalente a los delitos y faltas actuales, así como sus correspondientes castigos, donde se trata de proteger a las clases más desfavorecidas, es el primer reglamento para el ejercicio de los profesionales de la salud, que se conoce. En este sentido, contempla la práctica médica y de los cirujanos, estableciendo sus remuneraciones, así como las sanciones, castigos y las cantidades compensatorias correspondientes, por los errores de tratamiento. Por tanto, es un código en el que aparece regulada la práctica profesional del tratamiento y cuidados de salud.

¹⁰ THALES. CICA. (citado 17-06-2009) <http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd98/HisArtLit/01/hammurabi.htm>

En el antiguo Egipto, según Piñero Barril, se diferencian cuatro tipos de profesionales dedicados a la salud:

- La clase sacerdotal de la diosa de la sabiduría, Seimet curaba en los templos y conocía un amplio abanico de materias curativas.
- Los sunnu eran médicos seglares.
- Los magos, que curaban por medio de la magia
- Los ut, ayudantes no considerados sanadores, sino asistentes de los médicos.

En aquella época, en Egipto, “la asistencia sanitaria era gratuita, el estado pagaba a los médicos, que tenían que utilizar y cumplir con un protocolo, anotando el aspecto del paciente, estado de conciencia, poder auditivo, olor del cuerpo, aspectos de las secreciones, orina, flema, especificando su aspecto, los edemas, la temperatura y alteraciones del pulso, es decir prácticamente una historia clínica del paciente”¹¹.

En el antiguo Egipto, las ordenanzas sanitarias, exigían vigilar las aguas dedicadas al consumo y a la higiene humana. En realidad, una constante que caracteriza a todas las grandes civilizaciones, es el interés por la salud pública y la utilización de los sistemas correspondientes de canalización de aguas limpias, así como la eliminación de las aguas residuales. Por otra parte, el grado de especialización de los profesionales de la salud y de los propios médicos, indica un elevado nivel de desarrollo en la medicina y la sanidad egipcia.

El pueblo Hebreo, gracias a lo recopilado en su colección de libros sagrados, proporciona interesante y detallada información, sobre la salud y la enfermedad.

La distinción entre lo puro y lo impuro se basa principalmente en observaciones, para el mantenimiento de la salud pública. La salud espiritual está directamente relacionada con la salud del cuerpo. El Dios único, todopoderoso, es responsable de la salud y de la enfermedad. La enfermedad es consecuencia de la impureza del espíritu. La pureza espiritual es fuente de salud. Por tanto medicina y religión están íntimamente relacionadas. La salud pública está encomendada a los Levitas, tribu de sacerdotes elegidos por Dios. Es su libro, el

¹¹ PIÑERO BARRIL, JA. 2009 (citado 17-06-2009) <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/medicina-antiguo-egipto.shtml>

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

levítico, una guía pormenorizada que versa sobre salud pública. En éste, se mencionan prácticas higiénicas, de saneamiento y prevención de la enfermedad.

Pongamos algunos ejemplos, el Levítico en el capítulo 11, distingue los animales puros, que se podían comer, de los impuros no aptos para el consumo. Realmente los animales impuros, eran los que presentaban mayor riesgo de parásitos o infección si se consumían.

- “De los animales grandes de la tierra podían comer solamente los que tenían la pezuña hendida y que rumiaban. Eso daría por limpio al buey y la oveja, pero el puerco (no rumiaba) y el camello (no tenía pezuña hendida); por lo tanto, eran inmundos. De los animales del agua, todos los que tenían aletas y escamas eran limpios. Eso daría por limpios casi a todos los peces.
- De las aves todas eran limpias, menos la lista de aves específicas. Esa lista incluía las aves que comían animales muertos y que cazaban a otros animales para su comida.
- De los insectos eran inmundos los que tenían alas, menos algunas langostas.
- De ninguna manera se podía comer el cuerpo de animales muertos encontrados en algún lugar.
- Todos los animales que se arrastran eran inmundos”¹².

Según consta en el levítico, es impuro lo que perjudica la salud y conduce a la muerte. El bienestar físico y el moral son indisolubles. También se especifican las fuentes de contagio, entre las que se encuentran los objetos contaminados, las personas enfermas, los alimentos dañinos, los esputos y los excrementos. La desinfección puede realizarse mediante la purificación por el agua, el fuego y la rasuración. La alimentación tiene especial importancia, se prohíbe consumir el sebo, la sangre, los animales muertos, la carne que no sea fresca, de más de tres días, y el agua estancada. Todas estas normas suponen un ordenamiento sanitario reglado.

En cuanto a la Grecia Antigua, afirma Darriba Rodríguez, que “buscando en los orígenes de la Historia podemos encontrar los inicios de la medicina o ciencia del curar y con ellos los inicios de la Enfermería; si nos remontamos a Grecia y sobre todo a su época

¹² Instituto Alma. (citado 17-06-2009) <http://www.institutoalma.org/CorazonYVida/Lev-L6.htm>

clásica (siglo III al V a.C.) o también llamada de Pericles, observamos que se utilizaban palabras precursoras de las que hoy en día utilizamos en las ciencias de la salud o que incluso algunas son las mismas”. Según esta autora, la medicina no empírica pudo aparecer en la Isla Griega de Cos. En este lugar, la familia de los Asclepiades, transmitían sus conocimientos entre generaciones y también a los aprendices interesados, aunque no formaran parte de la familia. Los Asclepiades, se consideraban descendientes de Esculapio, - Asklepios, en griego- hijo de Apolo y de madre humana, a quién, según la mitología, el Centauro Quirón transmitió su saber sobre la curación y es representado sosteniendo el bastón de caminante de Mercurio, entrelazado por la serpiente sagrada de la sabiduría. Si bien, la historia de Grecia, se confunde con la mitología. Sus divinidades, que se encontraban en el Olimpo, se relacionaban con los humanos y tenían cualidades semejantes. Las diferencias fundamentales entre unos y otros, residían en la inmortalidad de los dioses, que además estaban dotados de poderes sobrenaturales. La curación se busca en los templos y es, por tanto, un favor de los dioses a los mortales a través de sus sacerdotes. Entre los dioses relacionados con la medicina, se encuentra Apolo, que inventa el arte de curar y es el médico de los dioses. En el juramento hipocrático, se comenzaba diciendo: “por Apolo el médico y Esculapio, Panacea e Higiea y todos los dioses y diosas a quienes llamo por testigos...” Apolo, hijo de Zeus, tuvo una hermana gemela llamada Artemisa -Diana en Roma-, que además de proteger a cazadores y arqueros ejercía protección sobre mujeres y niños.

La contribución de la Grecia antigua a las ciencias de la salud, tal vez más importante, fue la del eminente Hipócrates (460 a C), que utilizó un método basado en la razón y en la observación, desterrando la idea de la enfermedad como castigo divino. La curación de la enfermedad la realizaban los humanos directamente, sin necesidad de la intervención divina. También aportó un código deontológico, que ha constituido la base de la ética médica actual y se refleja en el famoso juramento hipocrático, que los médicos aún pronuncian, con ligeras modificaciones. En los textos de Hipócrates, se cita la labor de quienes se dedican a la enfermería, como asistentes, servidores o colaboradores del médico y eran por lo general varones. Realizaban prácticas dietéticas, de higiene y baños terapéuticos. La mujer griega se desenvolvía en el ámbito privado, y es en éste, donde existen referencias, de mujeres cuidadoras y comadronas. En ocasiones, se representaba a estas mujeres bajo la figura de Panacea, por lo que se ha interpretado, que seleccionaban hierbas medicinales y

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

cuidaban a enfermos y heridos. En La Odisea, Ulises define a la esclava Euríclea como una buena enfermera.¹³

La enfermería y la medicina en la Antigua Roma, tienen connotaciones masculinas, salvo en lo referente a la maternidad y al cuidado de los niños. Tras la conquista de Grecia por los romanos, los médicos fueron tomados como esclavos, extendiéndose así, la medicina por toda Roma. Citaremos como ejemplo de médicos romanos y sus aportaciones más conocidas a Cornelius Celsus (53 a.C. - 7 d.C), patricio romano, quien al parecer no era médico de profesión, llegó a ser un operador muy hábil. Uno de sus innumerables aportes, es la descripción del cuadro clínico de la apendicitis. Celsus afirmaba que la inflamación tenía cuatro signos: *tumor y rubor, con calor y dolor*, reconocidos hoy como signos cardinales. “A Galeno, que nació en Pérgamo en el año 129 d.C y empezó su carrera a muy temprana edad, siendo el cirujano de los gladiadores, se le considera como el gran fisiólogo experimental, se le acredita el invento de la ligadura, sin la cual muchas de las cirugías hubieran sido imposibles”¹⁴.

Los romanos organizaron hospitales militares, los “valetudinaria”, con capacidad para 200 heridos y enfermos y proporcionaban primeros auxilios en el campo de batalla. Los esclavos ejercían de enfermeros. También se tiene noticia, de la existencia en el siglo III, de una orden masculina, los “parabolini”, cuya palabra significa, el que arriesga la vida por el contacto con los enfermos. Éstos, fundaron un hospital para atender a los apestados. Las mujeres, estarían dedicadas al cuidado de los niños, en el seno del hogar y otras, debidamente entrenadas, desempeñarían el oficio de comadronas¹⁵. Otra de las contribuciones del mundo romano a la humanidad, fue el sistema de higiene y saneamiento ambiental instalado en las ciudades.

La difusión de la doctrina cristiana, supondría una auténtica revolución sociocultural, donde tenían cabida los más desfavorecidos. Pobres, enfermos y desvalidos, no solo, no eran pecadores, sino que eran hijos queridos por Dios. Todas estas personas afligidas, encontrarían alivio espiritual con el cristianismo, ya que éste, les reconocería su valor como

¹³ DARRIBA RODRÍGUEZ, Pilar. “Mitología, medicina y enfermería en la Grecia antigua”. *Cultura de los cuidados*. Año III, n. 5 (1. semestre 1999). ISSN 1138-1728, pp. 33-37

¹⁴ MC CORMACK, L. *Breve Historia de la Enfermería* Universidad Nacional del Comahue. Buenos Aires, 2007 (citado 20-06-2099) <http://essa.uncoma.edu.ar/academica/materias/morfo/Historiadelaenfermeria.pdf>

¹⁵ id

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

seres humanos. La enfermería tenía ante sí, un terreno abonado, para comenzar su andadura vocacional. Según las enseñanzas del cristianismo, donde el Maestro Jesús, realizó numerosas curaciones milagrosas, la medicina y los cuidados a los enfermos, eran una vocación para sus practicantes, un don divino y este don debía ser repartido sin recibir nada a cambio. Este es el caso de los hermanos Cosme y Damián, médicos sirios cristianos, que no cobraban por sus servicios y han sido reconocidos como patronos de médicos y farmacéuticos.

El cristianismo, en sus primeros siglos, predicó el principio de igualdad entre todos los seres humanos, con lo cual la mujer gozó de una mayor consideración social. Las ideas de altruismo fomentaron el cuidado caritativo y desinteresado. De esta forma, cuidar a enfermos y necesitados se convertía en una obra de misericordia. El catálogo de todas ellas, pronunciado por Jesús, tenía que ver con la satisfacción de las necesidades básicas de las personas. La ética de la nueva fe, no consistía en ser cuidado, sino en cuidar, el cuidado se convierte así en una vocación sagrada. Aparecen así, las primeras órdenes de mujeres dedicadas al cuidado de los enfermos y necesitados. Dichas órdenes estaban integradas, inicialmente, por diaconisas y viudas, posteriormente se incorporan presbíteras, canónicas, vírgenes y monjas. De todos estos grupos, ejercían la enfermería, las diaconisas y las monjas. La diaconisa Febe, es mencionada por San Pablo en el Nuevo Testamento y algunos autores la consideran la primera enfermera visitadora. Las diaconisas, podían ser vírgenes, casadas o viudas, se consideraban iguales al diácono varón y dentro de sus funciones se encuentran, la visita y el cuidado de los enfermos, así como otros auxilios de tipo espiritual, como la administración del bautismo. “Para asumir el papel de la enfermera, era necesario poseer una profunda motivación religiosa, con una alta dosis de auto-sacrificio, obediencia, humildad y desprendimiento de las cosas materiales”¹⁶. Se decide, en el Concilio de Nicea, en el año 325, que cada obispo debe crear un *xenodoquium*, es decir, una serie de dependencias y edificios, donde se atenderá a los más necesitados. Es la obra social de la Iglesia primitiva, que será atendida fundamentalmente por diaconisas.

Entre las matronas romanas del cristianismo primitivo, de las que se tiene noticia, se encuentra Fabiola, mujer divorciada y casada posteriormente. Al enviudar, dedicó sus

¹⁶ ECHEVERRI PIMIENTO. Enfermería: el arte y la ciencia del cuidar. *Actualizaciones en Enfermería. Una aproximación a la ciencia y el arte*. Vol. 5 No. 4, Diciembre 2002 - ISSN 0123-5583, Santa Fe de Bogotá. Colombia (citado 1-07-2009) <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5402-aproximacion2.htm>

cuantiosos bienes a la fundación, dentro de su propio palacio, de un nosocomium para cuidar a los enfermos¹⁷. A su vez, Elena, la madre del Emperador Constantino, promueve en Roma, la construcción de un hospital de pobres. En torno a esta institución, se aglutina un grupo de cultas comadronas romanas. Las cuatro más conocidas serán, Marcela, Fabiola –ya citada-, Paula y Eustaquia. Todas ellas aprenderán las técnicas enfermeras del vendaje, la preparación y aplicación de ungüentos, hierbas, infusiones y otras materias medicinales. Tanto los nombres de estas matronas cristianas, como la labor desempeñada por ellas, se recogen en los escritos de San Jerónimo. Éste escribe: “Fabiola buscaba a los enfermos y hambrientos por las calles y los caminos de Roma (...) ¡cuán a menudo la he visto llevando en sus brazos a estas víctimas lastimeras, sucias y repulsivas, con enfermedades espantosas! ¡Cuántas veces la he visto lavando heridas cuyo olor fétido impedía a las demás personas ni siquiera acercarse! Ella daba de comer a los enfermos con sus propias manos y reanimaba a los moribundos con pequeñas cantidades de alimento”¹⁸.

Una característica especial, diferenciadora de otros colectivos, es que las matronas romanas eran cultas. Así Paula, conocedora del griego y del hebreo, ayudará a su amigo y maestro San Jerónimo, a realizar la traducción al latín de la conocida Biblia Vulgata, siendo considerada una de las mujeres más cultas de su tiempo.

Todos estos grupos cristianos, dedicados al cuidado de pobres y enfermos, inician una etapa de cuidados continuos y organizados, fuera del ámbito doméstico, con una perspectiva de humanismo solidario, sobre la que se asentará la base de los futuros cuidados de enfermería y las instituciones que los prestan.

5. Los cuidados de salud en la Edad Media

La Edad Media, representa un periodo de tiempo de aproximadamente un milenio, que comprende desde la caída del Imperio Romano de Occidente, en el año 476, hasta la conquista de Constantinopla durante la expansión del Imperio Otomano, en el año 1453. La caída del Imperio Romano, supuso una división de sus territorios en dos partes diferenciadas, una de ellas constituirá Bizancio, será la parte oriental, donde se preserva el saber del mundo clásico y la otra se corresponde con Europa. Ésta, se ve sometida a la

¹⁷ DONAHUE MP. *Historia de la Enfermería*. Ediciones Doyma: St.Louis, Missouri. 1985

¹⁸ ARRIBAS, MA *Mujeres en la medicina*. (citado 2-07-2009) <http://www.mujeryciencia.es/2008/03/03/cuatro-nobles-y-caritativas-matronas/>

invasión de los pueblos del norte, que la sumirían en el caos y en la destrucción. Desaparecerán las estructuras políticas, sociales y comerciales, en definitiva, casi todas las heredadas de la Cultura Romana. Como consecuencia del uso de la fuerza de las armas, aparecen los señores feudales, amos de haciendas y vidas dentro de sus feudos. A su vez, la Iglesia Cristiana de Roma, al ser reconocida por el Emperador Constantino, en el siglo V, adquiere poder y se organiza en una rígida jerarquía, cuyas diócesis, regidas por un obispo, se situaban en los principales núcleos urbanos. Aparece una enorme brecha social. Nobles y eclesiásticos, ostentaban el poder y la riqueza, ante una población subyugada y empobrecida. Se desarrolla la sociedad estamental. Los tres estamentos medievales representan, al “orator” del clero, al “bellator”, dedicado a la guerra y al “laborator” que se dedicaba al trabajo de la tierra, la artesanía o el comercio.

Siguiendo el trabajo de García Martín-Caro y Martínez Martín,¹⁹ en la Alta Edad Media, del siglo V al XI, Europa se vio asolada por la peste y la hambruna, es una época de oscurantismo y retroceso. Si la enfermedad había sido considerada por la doctrina cristiana como algo natural, en estas adversas circunstancias, el pueblo volvió a las antiguas creencias y la enfermedad volvió a ser considerada como castigo divino. Los cuidadores en esta época serán, de forma organizada, los monjes y también de forma privada, las mujeres de los señores feudales, que las practicaban como obras de misericordia. Según Eileen Power, en su libro sobre las mujeres medievales,²⁰ la mujer del señor feudal, tenía a su cargo las tareas de cuidar la hacienda y los enfermos de ésta, como algo prioritario. Para esto se formaba en el conocimiento de remedios, alimentación y procedimientos físicos, que curaran heridas y aliviaran enfermedades.

En cuanto a los cuidados proporcionados por los monjes, evolucionaron desde el cuidado a los enfermos del propio monasterio, hasta el socorro de caminantes y desamparados, que eran acogidos como hijos de Dios. Esta atención iría en aumento y el conocimiento sobre la salud y la enfermedad crecería poco a poco en las órdenes monásticas, que indagarían a su vez en textos más antiguos, aún conservados. Se conocen ciertos procedimientos utilizados en las enfermerías de los monasterios, tales como frotar los pies de los caminantes con sal y vinagre, colocar paños fríos para bajar la fiebre, la aplicación de ventosas y sanguijuelas, la cauterización de heridas infectadas, así como la

¹⁹ GARCIA MARTIN CARO, C MARTÍNEZ MARTÍN, M L. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Ed. Arcourt SA, Madrid, 2001

²⁰ POWER, E. *Las mujeres medievales*. Ed Encuentro. Madrid 1991

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

aplicación de enemas y purgantes, entre otros. Los tratamientos médicos y los cuidados de enfermería, estaban en esa época y ámbito indiferenciados.

A su vez coexistían los curanderos y brujos utilizando la magia. Los tratamientos y cuidados empíricos eran practicados por comadronas, barberos, sangradores y cirujanos. A su vez, un elitista y reducido grupo de médicos, al que solo tenían acceso las clases privilegiadas, continuaba practicando el saber heredado de los clásicos.

Al final de la Alta Edad Media, comienzan a aparecer, propiciadas por las instituciones eclesiásticas, las primeras Universidades, entre éstas se encuentran las de Salerno, Bolonia, París y Oxford. La Escuela de Salerno, inicia su andadura en el siglo X. Comenzó siendo un centro de saber sobre medicina, en el que se reunieron los conocimientos de la antigüedad, que los monjes habían recopilado, así como los basados en la propia experiencia cuidadora de los monasterios. Esta transferencia de conocimientos, desde la institución monástica a los seglares, impulsaría el laicismo de la medicina y de los cuidados de salud. Además, estaba abierta a las mujeres, conociéndose el nombre de dos prestigiosas médicas que aprendieron y enseñaron allí, Trótula y Abella. Uno de los trabajos más estudiados de esta escuela, es el “Régimen Sanitatis Salernitanum”, que contiene recomendaciones sobre dietética, higiene y profilaxis.

Entre los centros dedicados al cuidado, se distinguen, el “hospitale pauperum” y el “hospitale infirmarium”, todos ellos fundados por las instituciones eclesiásticas, para el ejercicio de la caridad cristiana, por tanto, estaban dedicados a las personas necesitadas, mientras los de las clases altas eran atendidos en su domicilio. Citaremos algunos de ellos. El Hôtel Dieu de Lyon, fundado en 542, fue administrado por laicos, contó entre sus filas, con mujeres penitentes y viudas como cuidadoras, más tarde se incorporarían hombres como sirvientes, que posteriormente se denominarían hermanos. El Hôtel Dieu de París, que continúa actualmente en funcionamiento, contaba también con mujeres seglares cuidadoras y con hermanos varones. El Papa Inocencio V transformó la hermandad en la Orden de las Agustinas, ésta es considerada la primera orden de hermanas enfermeras.

La aparición del Islam supuso el rescate de textos galénicos e hipocráticos, que fueron traducidos gracias al interés de los árabes por la medicina. Por otra parte, sus conocimientos botánicos hicieron evolucionar considerablemente la farmacopea. Los médicos se formaban en las mezquitas y pronto se fundaron escuelas regladas. Sus

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

conocimientos han llegado hasta nosotros, ya que fueron recogidos en prolíficos tratados médicos, elaborados por ellos. Así Rhazes, aportó materiales para la “Enciclopedia de la Medicina” y Avicena escribió un “Canon de Medicina” que perduró durante siglos, como base de la formación médica. Maimónides y Averroes se encuentran en el catálogo de los más famosos. Los hospitales fueron construidos en las ciudades importantes y tenían en cuenta, además, las necesidades espirituales y mentales de los pacientes. Los aspectos higiénicos de la atención sanitaria y de las infraestructuras se consideraban fundamentales, para conseguir la curación. Dos de los más importantes serán el Hospital de Bagdad y el de El Cairo, existiendo en éste, salas separadas según las distintas patologías.

La Baja Edad Media (1000-1500), deja atrás la época oscura, se produce un movimiento importante de poblaciones, los asentamientos se consolidan y aparecen los burgos, sus pobladores se asocian en hermandades, aparecen los gremios de artesanos y comerciantes que adquieren independencia y poder. Una floreciente clase media se desarrolla. La escritura, la pintura, la escultura religiosa y la arquitectura, evolucionaron rápidamente en este ambiente, también la medicina. Al final del periodo, Gutemberg inventa la imprenta. Los campesinos llenan las ciudades huyendo de la tiranía del señor feudal. Esta superpoblación agota los recursos higiénico-sanitarios y se producen focos epidémicos. Es la época de las Cruzadas, el mundo Islámico y la Cristiandad, constituirán dos bloques irreconciliables.

Los cuidadores de enfermos, ya fueran hombres o mujeres, tenían un elevado nivel social y cultural. La disciplina militar y la forma de trabajo influyeron en las instituciones dedicadas al cuidado. La partera y el ama de cría, siguieron ocupándose de la maternidad, en lugar del médico. La necesidad de atención a los cruzados, hizo surgir hospitales, tanto en sus rutas como en sus destinos, sistematizándose la atención a los heridos y por extensión también a los enfermos. La idea del cristianismo es que el dolor y la enfermedad, son un medio de redención de los pecados, algo que ayuda a conseguir la vida eterna.

Se fundan las Órdenes Hospitalarias. Las primeras, combinaban lo militar y lo religioso para prestar servicios de tipo espiritual, de protección, y de caridad. Sus integrantes se dividen en tres categorías. Los caballeros se ocuparán de la protección de los peregrinos, del transporte de heridos y enfermos e intervendrán en las luchas de las Cruzadas. Los sacerdotes atienden las necesidades espirituales y presiden los oficios religiosos. Los hermanos acogerán a los viajeros y atenderán a los enfermos. La herencia de

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

estas órdenes, se traduce en la identificación de algunas características que han persistido hasta nuestros días, entre las que se encuentran: la organización del trabajo hospitalario, la forma de jerarquizar los servicios de salud y la importancia de la uniformidad.

Una de las órdenes hospitalarias más importantes, fundada en el siglo XI, fue la “Orden de Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén”. Dicha orden, construyó un buen número de hospitales, siendo el más importante el de Valetta, en Malta. Como dato anecdótico, recordaremos que su característica “Cruz de Malta”, fue adoptada como distintivo de la sanidad y aparece actualmente en el emblema de la Organización Colegial de Enfermería, en España. Otras dos órdenes destacadas, serán la de los Caballeros Teutónicos alemanes y la de los Caballeros de san Lázaro. La orden de los teutónicos, tenía una rama femenina, que se dedicaba exclusivamente al cuidado de los enfermos. La Orden de San Lázaro es una de las más antiguas. Se dedicó a cuidar y acoger a los enfermos con lepra, contando con leprosos entre sus filas. Posteriormente, participarían como combatientes en las Cruzadas. Las órdenes militares desaparecieron al finalizar la causa que las creó.

Merece especial mención, Hildegard de Bingen, abadesa del convento de clausura de Disibodenberg, en Alemania, conocida como “la profetisa del Rhin”, que fue una destacada autoridad en medicina, enfermería, ciencias naturales y botánica durante el siglo XII. Reconoció el cerebro como regulador de todos los procesos fisiológicos y conocía los procesos de transmisión de las infecciones, de unos pacientes a otros. Cómo tanto conocimiento no podía ser posible para una mujer de la época, se le acusó de estar poseída por algún demonio.

Surgieron las Órdenes Mendicantes. Éstas querían mantenerse en la pobreza predicada por Cristo, en un momento en que la Iglesia acumulaba riquezas y poder. Su misión era, además, atender a los pobres y enfermos. San Francisco de Asís fundó la orden que lleva su nombre y que él denominó Orden de los Frailes Menores. A su vez, Santa Clara de Soffi, fundaría la Orden de las Clarisas Pobres. La Orden de los Terciarios estaba integrada por hombres y mujeres seglares. Destacadas enfermeras terciarias, fueron Isabel de Hungría y Catalina de Siena.

Las denominadas Órdenes Seglares de Enfermería, gozaron de gran aceptación. Estaban constituidas por grupos de personas, que vivían cerca de las iglesias y hospitales. Sin pertenecer a órdenes religiosas, atendían a enfermos en sus casas y en los hospitales.

Estas órdenes marcaron un importante hito en la secularización de los cuidados de enfermería, gozando de libertad para su ejercicio dentro de las ciudades. Posteriormente, estos grupos reducidos, formarían comunidades importantes. Entre éstos, cabe destacar, los Hermanos Hospitalarios de San Antonio, Las beguinas y las Hermanas del Hôtel Dieu de Paris.

En cuanto a los conocimientos y a la forma de atención a los pacientes, refiere Mc Cormack que “a pesar de que había médicos bien instruidos, la mayoría de la población era atendida por boticarios, alquimistas y médicos que además de consultar los libros de medicina consultaban también el horóscopo. La combinación de la astrología y la alquimia permitía administrar los remedios y practicar la sangría de común acuerdo con lo que dictaminaban los astros puesto que se creía que los humores estaban controlados por los planetas. El uso del cuerno de unicornio, la inhalación de narcóticos para la anestesia, el uso de especias como fármacos y de sanguijuelas para las sangrías y el examen de la orina, fueron prácticas comunes en esa época”²¹.

6. La Enfermería y el cuidado en la Edad Moderna

Se considera que dicha época, comienza a mediados del siglo XV, con la caída de Constantinopla. Otros acontecimientos también marcarán el cambio, el descubrimiento de América en 1492 y la Caída de Al-Andalus. La aparición de una nueva tecnología de la información en 1440, la imprenta inventada por Guttemberg, supondría una auténtica revolución en la expansión cultural. Los conocimientos sobre medicina y enfermería serán transmitidos con facilidad, generándose a través de su estudio, otros nuevos. Se desarrollan teorías filosóficas, físicas y químicas, que influirán decisivamente en la atención sanitaria.

Dice Nietzsche, en su libro *Humano, demasiado humano*, que “el Renacimiento italiano escondía en su seno todas las fuerzas positivas a las que debemos la cultura moderna: la emancipación del pensamiento, el menosprecio de la autoridad, el triunfo de la formación cultural sobre el orgullo del abolengo, el entusiasmo por la ciencia y por el pasado científico de la humanidad, la liberación del individuo, la pasión de la veracidad”²². Se puede afirmar que el arte, la ciencia, las costumbres y la forma de entender la vida,

²¹ MC CORMACK, L. *Breve Historia de la Enfermería* Universidad Nacional del Comhue. Buenos Aires, 2007 (citado 20-06-2099) <http://essa.uncoma.edu.ar/academica/materias/morfo/Historiadelaenfermeria.pdf>

²² Ibid.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

experimentaron un giro de ciento ochenta grados, siendo responsable de estos cambios, la filosofía que impregnaba al movimiento renacentista.

Así mismo, la Reforma Protestante surge en un momento de inmovilismo trasnochado, en cuanto a filosofía, dogmas y ritos de la Iglesia de Roma, que acumulando riquezas, ignora a las clases más empobrecidas y las oprime. Los reformistas propugnaban la vuelta a una religión cristiana en sus orígenes, apoyada en la sencillez, frente a la ostentación y el poder del clero dominante.

El cuidado de los enfermos en los países protestantes se secularizó, apareciendo nuevas instituciones. Sin embargo hubo un retroceso, pues la enfermería fue practicada por personas contratadas sin ninguna formación y con sueldos muy bajos. Muchos hospitales católicos fueron cerrados y el déficit de personas dedicadas a la enfermería se evidenció rápidamente. Merece especial mención la desproporcionada y maléfica gestión de Enrique VIII, en Inglaterra, al abolir las Órdenes de Enfermería y confiscar las propiedades de las instituciones de caridad. “En general, los asistentes o enfermeros laicos eran ignorantes, rudos y desconsiderados, por no decir inmorales y alcohólicos. Cuando una mujer ya no podía ganarse la vida con el juego o el vicio, le quedaba la alternativa de convertirse en enfermera. Las enfermeras eran reclutadas entre antiguas pacientes, presas y de los estratos más bajos de la sociedad”. Es el Periodo más Oscuro de la Enfermería, que pudo influir en la forja de alguno de los estereotipos actuales.

En Francia, Vicente de Paul funda la Orden de las Hijas de la caridad, a partir de un grupo de mujeres laicas voluntarias. Renovando los métodos de trabajo, se especializaron en los cuidados enfermeros y la orden persiste en la actualidad.

En lo referente a los países que no se alinearon con el luteranismo, entre ellos España, al no verse afectados por la reforma protestante, los servicios religiosos de caridad, iban a continuar desarrollando su labor. Vamos a referirnos a algunos importantes hechos y fechas claves. Según consta en el prestigioso Portal Hiades, para la Historia de la Enfermería. En “1455, se crea la Cofradía de Barberos y Cirujanos de Zaragoza. 1489, el gremio de Barberos y Cirujanos de Mallorca establece en sus estatutos profesionales las categorías de: mestres, fadrins y mossos. Y atendiendo a sus funciones profesionales en: mestres de botiga, chirurgians y jovens barbers. En 1495, nace en Montemor o Novo (Portugal), Juan Ciudad Duarte (San Juan de Dios), fundador de la más universal orden

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

religiosa dedicada a la asistencia de pobres enfermos. Muere el 8 de marzo de 1550. En 1500, los Reyes Católicos regulan el ejercicio de los barberos y sangradores: Mandamos, que los barberos y examinadores mayores de aquí en adelante no consientan ni den lugar, que ningún barbero ni otra persona alguna pueda poner tienda para sajar ni sangrar, ni echar sanguijuelas ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinada primeramente por los dichos nuestros barberos mayores personalmente”.

“1524, se publican las *Constituciones* del Hospital de Santiago. Mención especial merece la parte dedicada a la Enfermería.

1540, martes 20 de mayo, nace Bernardino de Obregón en el pueblo burgalés de las Huelgas. Fundador de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres, ("conocidos como Hermanos Obregones").

1541, se imprime el manual titulado *Libro del Arte de las Comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas*, escrito por el doctor mallorquín Damián Carbón i Malferit, dedicado a la instrucción de matronas.

1543, Juan Ciudad (San Juan de Dios), instalado en Granada, funda la Congregación de los Hermanos Hospitalarios.

1550, Camilo de Lelis se consagra al cuidado de los enfermos y funda la orden de los "Ministros de los Enfermos", más conocida por "los Camilos".

1552, el Hermano Antón Martín (de la Orden de San Juan de Dios) establece en la calle de Atocha el Hospital del Amor de Dios, el primer nosocomio de afectos externos que se instala en Madrid, y que posteriormente albergaría una escuela de cirujanos menores y ministrantes.

1625, se imprime *Instrucción de Enfermeros, para aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de los Médicos*, manual de Enfermería realizado por la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres (Obregones). Ésta es una segunda edición ampliada por el Hermano Andrés Fernández de otra de 1617.

1760, en las Ordenanzas de las Constituciones de los Hospitales General y de la Pasión de Madrid, quedan reflejados los puestos de: Enfermero Mayor, Practicante Mayor, Practicante

y Barbero. Aparece el oficio de Sangrador como especialidad, ya que para acceder a dicha plaza se ha de ser Practicante”²³.

Existían varias categorías de cuidados y de cuidadores. Las instituciones religiosas, seguían teniendo como base la caridad y el servicio desinteresado por amor a Dios y a los semejantes, según la enseñanza cristiana. Hombres y mujeres se dedican a esta actividad, si bien se perciben ciertas diferencias que han persistido hasta el siglo XX. Así, las mujeres, dentro de las órdenes religiosas, se dedican prioritariamente a los cuidados dentro de los hospitales, salvo las Matronas, que ejercen en los domicilios particulares principalmente. Los enfermeros varones de la época, comienzan su andadura en las enfermerías de los monasterios. Fueron creadas, originariamente, para atender a los monjes enfermos, pero también se admitían para practicar la caridad, enfermos ajenos a éste. Coexisten órdenes masculinas y femeninas especializadas en la enfermería. Los barberos, sangradores y cirujanos, representan una “medicina técnica”, estando sus profesiones reguladas. La evolución de estas profesiones llegará hasta los practicantes varones y por otro lado hasta los cirujanos, en ambos casos la formación adquiere gran importancia y se habla de los preceptivos exámenes en los textos que se conservan. Por tanto, se observan evidentes diferencias en función del género.

En cuanto a la formación, varios manuales fueron escritos, por lo general, por varones, muchos de ellos hermanos enfermeros de gran experiencia. Los destinados a las matronas, tienen como autores a los médicos. Además los barberos, sangradores y cirujanos –varones, constituidos en gremios-, se introducirán durante el siglo XIV en la universidad, consiguiendo el título de médico cirujano. Por el contrario, según Hernández Conesa (1995), la condición vocacional, caritativa y espiritual de los Cuidados de Enfermería, bloquea la transmisión sistematizada del saber enfermero y esto impide la formación de un cuerpo de conocimientos específico²⁴.

Otro aspecto destacable, es que en los escritos solamente aparece la palabra enfermero y rara vez la de enfermera, si bien esto demuestra discriminación, dándole menor importancia a las mujeres de la época, viene a evidenciar, por otro lado, que la profesión de

²³ **Portal Híades** es un Proyecto dedicado a la difusión de la investigación y enseñanza de la Historia de la Enfermería Española e Iberoamericana, patrocinado por **Híades. Revista de Historia de la Enfermería**, y vinculado a la Universidad de Huelva a través de la XIII Convocatoria de Innovación Docente, año 2008. (citado 23-07-2009)

http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/C_Fechas%20clave%20enferme/Fechas_enferme.htm

²⁴ HERNÁNDEZ CONESA, J. *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1995

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

enfermería sufre el injusto estereotipo de femenina, cuando los varones la han desempeñado de igual manera. Es decir la actividad de enfermería no debería estar marcada por el género.

Dentro del grupo de textos documentales que se conservan, se encuentra el Recetario Medicinal Espagórico (1713) de Fray Diego Bercebal, enfermero mayor del Real Convento de San Francisco de Zaragoza²⁵. Para mejorar la calidad de la asistencia, se dedicó al estudio de la química y la medicina, preparando medicamentos que proporcionasen alivio a los enfermos y “*«no bien satisfecho con todo esto, hizo una larga instrucción para los enfermeros, que si se aplican a estudiarla no ay duda en que será de notable consuelo para los enfermos, y aun de los enfermeros mismos, por la mayor satisfacción de su obediencia y oficina»*». Dedicó su libro, escrito por obediencia a sus superiores, a los enfermos del convento. Es una obra que ilustra muy bien las prácticas de los enfermeros de los conventos, así como un número importante de compuestos y preparaciones farmacológicas. Describe la composición del preparado y además, la forma de administración y sus efectos secundarios. Cobra añadida importancia, la descripción de las funciones de los hermanos, que asisten la enfermería.

Citaremos literalmente dos ejemplos que describen algunas funciones de enfermería, donde se observa una gran semejanza con las actuales:

El primero se refiere a cómo examinar a un paciente que llega a la enfermería con fiebre: “*Si viniere con fiebre declarada, tendrás obligación de examinarlo con blandura y habilidad sobre algún exceso antecedente de comida, bebida o otra cosa que pueda ser causa moviente. Sabrás fixamente el día y hora en que se halló con la novedad y tú mismo has de hazer la relación /al médico, porque ni el enfermo más advertido la hará quando al médico hablare con la satisfacción y confianza que te la dirá a ti, si sabes interrogarlo”*.

El segundo consejo, del enfermero Diego Bercebal, es relativo a la dieta: “*En orden a la comida de los enfermos, has menester grande paciencia y señalada caridad, porque no hallarás otra cosa que extremos. Unos querrán comer mucho, otros poco o nada y tal vez andarán encontrados, deviendo detener a unos y persuadir a otros, no teniendo contento a ninguno, por no seguir a su apetito o inapetencia”*.

²⁵ GARCÍA MARTÍNEZ, A. C. Universidad de Huelva. "La Enfermería franciscana en el siglo XVIII: Recetario Medicinal Espagórico (1713), de Diego Bercebal (estudio introductorio y edición de la obra)". En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 9. Junio de 2004. Ed. Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaira (Sevilla). Dep. Leg.: SE-1542-94. I.S.S.N.: 1134-5160, pp. 645-774.

7. La enfermería profesional en el mundo contemporáneo

Esta etapa comienza teniendo como referencia la Revolución Francesa (1789-1799) y llega hasta nuestros días. Las monarquías absolutistas entran en crisis y los ideales de la revolución liberal burguesa, libertad igualdad y fraternidad, recorren el mundo, como derechos fundamentales de los ciudadanos –que no de las ciudadanas, aunque también participaron en la lucha-. La Ilustración influye en el concepto y la importancia de la salud. Las personas se preocupan por la higiene y las condiciones de vida. A partir de que la Asamblea Constitucional Francesa proclamara la Declaración de los Derechos Humanos, en 1786, la Salud comienza a considerarse un Derecho Universal. La asistencia sanitaria, será pública y gratuita para los trabajadores y sus familias. El Canciller Bismark, en 1883, publica en Alemania la primera Ley de la Seguridad Social. La iniciativa se propagará rápidamente por toda Europa. El hospital dejará de estar diseñado para enfermos pobres y acogerá, en adelante, a los beneficiarios asegurados. La estructura hospitalaria cambiará sustancialmente y, además de los enfermeros, los médicos formarán parte de sus plantillas.

Dos fenómenos aparecerán derivados de los avances tecnológicos, la Revolución Industrial y el Movimiento Obrero. Capital y mano de obra al menor precio, se convertirán en adversarios irreconciliables. Aparece una clase burguesa alta, en contraposición a la clase obrera baja.

Los descubrimientos científicos, en física y biología, se suceden, la medicina se beneficia de ellos y avanza espectacularmente. Ahora se buscan los factores causales de las enfermedades. Se desarrolla la bacteriología y se descubre la acción protectora de las vacunas. Por otra parte, el desarrollo de la industria, modificaría sustancialmente el equilibrio ecológico, lo que daría lugar a problemas de salud desconocidos hasta entonces. La migración del campo a las ciudades, favorecerá la aparición de grandes urbes, y con ellas, nuevos problemas de salud.

La Revolución industrial trajo consigo enfermedades propias del trabajo y el incremento de los accidentes laborales. La atención sanitaria va a estar bien diferenciada. Por un lado, las clases altas recibían atención domiciliaria, mientras las clases bajas eran atendidas en hospitales. Los adelantos tecnológicos favorecieron los métodos diagnósticos y el tratamiento de las enfermedades. La antibioterapia comenzaría su andadura de mano de la penicilina, descubierta en 1929 por Fleming.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Los hospitales contemporáneos adoptan el sistema de pabellones, diferenciando, según la afección de los enfermos, la ubicación de éstos. Es una organización por categorías diagnósticas. La necesidad de enseñar a otros, hace que la docencia sea incorporada en los hospitales. Las innovaciones más importantes serán, fundamentalmente, las medidas higiénicas, la asepsia y antisepsia, la incorporación de quirófanos y laboratorios de análisis clínicos, los rayos x, las transfusiones sanguíneas, y las nuevas técnicas instrumentales. El poder de la clase médica aumenta en estos hospitales racionalizados, tecnificados y cuya base de clasificación es la patología. Con demasiada frecuencia se habla de casos, en vez de personas ingresadas. Aparece la medicalización del Hospital, todo gira en torno al médico. Si antes, el enfermero mayor dirigía la enfermería, aún cuando el médico diagnosticaba y prescribía, ahora el médico dirige y ordena todas las actividades de la enfermería hospitalaria.

La enfermería del siglo XIX, tuvo a las mujeres como principal exponente de la mano de obra barata. La Orden de San Juan de Dios, publica en 1883, “El Arte de La Enfermería”, para instruir a los enfermeros. Se describe cómo aplicar los fármacos, la realización del aseo y el consuelo del espíritu, de los pacientes. El modelo de enfermería propugnada en el Siglo XIX, podía estar basado en la vocación religiosa, o bien, defender un modo de ejercicio, basado en la profesionalidad.

La enfermería actual se caracteriza por la profesionalización de los cuidados. La reforma protestante hizo desaparecer muchas instituciones caritativas, produciéndose un déficit en el sistema de cuidados, pero a cambio, favoreció primero, la laboralización, si bien, en condiciones deplorables (recuérdese que se denominó etapa oscura), y solo tres siglos más tarde, asumiría la profesionalización del cuidado de enfermería.

Al comienzo del siglo XIX, Teodoro Fliedner y su esposa Frederika Munster, renovarían el aprendizaje y el quehacer enfermero. Fundaron el Instituto Kaiserswerth, integrado por diaconisas. Fue un sistema innovador, donde se incluía el aprendizaje de la enfermería y la preparación para la docencia. Enfermeras, maestras e institutrices, constituían las categorías de personas en formación. El sistema de aprendizaje se ha mantenido hasta la actualidad, en algunos aspectos. Así, por ejemplo, el periodo de formación era de tres años –como hasta ahora-, debían superar un periodo de prueba de tres meses a un año. Existía rotación por unidades del hospital y la escuela –como en la actualidad-. Los médicos impartían las clases teóricas y explicaban las técnicas. La

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

enfermera de tercer curso tutorizaba a las alumnas de primero y segundo. Existía un manual sobre el Arte de la Enfermería. El Instituto llegó a contar con un Hospital de 120 camas, una unidad para mujeres dementes, escuela para niños y para jóvenes, asilo para ex-presidarias y la Escuela para maestras, institutrices y enfermeras²⁶. Otras iniciativas protestantes de la época, fueron las desarrolladas por las diaconisas menonitas de Holanda, así como, la creación del Instituto Bishopgate, por Elizabeth Fry en Inglaterra.

Pero realmente, quien introdujo una reforma que influiría en la concepción actual de la enfermería como disciplina y como profesión, fue Florence Nigthingale. Esta mujer, es considerada la madre de la Enfermería actual. Nace en Florencia, el 12 de mayo de 1820, se educa en Inglaterra, domina varios idiomas, incluyendo los clásicos, adquiere una amplia formación en literatura, filosofía, teología, política, economía, historia y ciencias. Uno de los aspectos menos conocidos de su biografía es que fue maestra en matemáticas superiores. Decidió dedicarse a la enfermería, bajo la oposición familiar, debido a las deplorables condiciones de los hospitales ingleses de entonces y al desprestigiado modelo de enfermera, ruda, sin formación y muchas veces procedente de estratos sociales poco aconsejables. Sus comienzos no estarían marcados por el hospital civil, sino por el militar. Participa como enfermera en la Guerra de Crimea, gestionando la “pequeña oficina de guerra”.²⁷ Su aportación metodológica en la aplicación de cuidados de enfermería en el hospital militar, fue tan importante como para reducir la tasa de mortalidad de los heridos desde el 42%, hasta solamente el 2%. Sus viajes le servirían para conocer varias instituciones dedicadas a la salud. Tuvo la doble perspectiva de la enseñanza protestante, por un lado, estudiando en el Instituto Kaisersweth, en 1853 y por otra parte, estudiaría con las Hermanas –católicas- de la Caridad de la Maison de Providence, en París. Tras la Guerra de Crimea, el pueblo inglés la gratificó económicamente. Florence dedicaría las aportaciones a la fundación que lleva su nombre. A partir de aquí, organizará un programa de estudios, que va a impartirse en la “Nigthingale Trining School for Nurses” (1860). Hay que destacar, que esta institución gozaba de independencia con respecto al St. Thomas Hospital de Londres. Esta consideración de escuela independiente, fue conseguida pese a la fuerte oposición de la clase médica, que consideraba a las enfermeras como asistentes de sala y en un nivel similar a las

²⁶ FICA HERNANDO, M L. *Historia de la Enfermería*. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. 2006. (Citado 24-07-2009) <http://enfermeros.org/historia-tecnica.html>

²⁷ ELIZONDO, T. *Desarrollo histórico de la Enfermería en España*. Prensa Médica Mexicana. México 1.981

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

asistentas del hogar. Así, el cirujano John Flint, escribió que “necesitan pocas enseñanzas, más allá de la aplicación de cataplasmas”.²⁸

Hay que destacar un dato, que pasa casi siempre inadvertido. Durante la Guerra de Crimea, en la que intervienen ingleses, franceses y turcos, contra los rusos, se observó la marcada diferencia que existía entre los hospitales militares franceses, dotados de médicos, cirujanos y enfermeras y los ingleses, deficitarios en equipos materiales y humanos. En esta contienda será primordial la labor de las enfermeras católicas, Hijas de la Caridad, francesas y como novedad, el equipo de enfermería liderado por Nigthingale. Destacó, sin embargo, este último, por las innovaciones que introdujo y, sobre todo, porque tales innovaciones en la forma de cuidar a los heridos, estaban lideradas por una enfermera profesional, que reduciría la mortalidad espectacularmente entre las filas de los británicos. Florence, ostenta por méritos propios, el cargo de superintendente del Female Nursing Establishment of the English General Hospitals de Turquía. El hecho de supervisar en ronda nocturna, el estado de los pacientes más enfermos, le valió su famoso apodo de “la dama de la linterna”. La lámpara de Nigthingale, que representa además, la iluminación de la razón por el conocimiento, se ha convertido en símbolo de la enfermería mundial.

Gracias a Nigthingale la enfermería recobró su prestigio, se enseñó en la academia y se convirtió en profesión sistematizada. En la Historia de la Enfermería, hay un antes y un después de esta valiosa y valiente mujer.

La fundación de la Cruz Roja Internacional por el suizo J. Enri Dunant, marcará un importante hito, pues este organismo, reconocido ya entonces por los gobiernos europeos, aportaría enfermería voluntaria a los hospitales militares y en los campos de batalla. Sus integrantes serían considerados como no combatientes y por tanto debían respetarse en la contienda.

Es, sin embargo, en América del Norte, donde se producirán posteriormente mayores cambios, impulsados otra vez, por la necesidad de atención a los heridos y enfermos de guerra. Se constató la necesidad de enfermeras con formación, al demostrar éstas, una mayor

²⁸ DONAHUE, P. *Historia De la Enfermería*. Ed. Doyma. Barcelona, 1988

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

eficacia y eficiencia, respecto a las voluntarias. Fue así como se formó un cuerpo de enfermeras dentro del departamento médico del ejército en 1900, en estados Unidos.

Con el siglo XX, los avances de la medicina y la cirugía, harían necesaria la introducción de nuevas técnicas y formas de tratamiento. Las enfermeras asumirían ese papel, organizando y mejorando los servicios prestados en los modernos hospitales. No se trata apenas, en este apartado, la historia de la enfermería del silo XX, ya que se comentará en otros, al hablar de la situación, problemas y logros actuales.

Otro aspecto a destacar, es la creación de las organizaciones de enfermería. “El Consejo Internacional de Enfermeras (1899), la ANA, la NACGN, la National League of Nursing Education, la National Organization for Public Health Nursing, la Sigma Theta Tau, la Association of Collegiate Schools of Nursing, entre otras –, para controlar sus propios niveles de formación y mejorar la práctica de la enfermería. Participaron también en las luchas tanto por los derechos de la mujer como por los derechos humanos. Marcharon apoyando a las sufragistas y en 1920, la Constitución de los Estados Unidos fue enmendada para permitir el sufragio de las mujeres. Y es que la desigualdad de la que era objeto la mujer, se reflejaba en la enfermería, resultado de la mezcla entre un dominio masculino y una discriminación sexual, que se traducía en el desconocimiento de las enfermeras como profesionales iguales que los médicos y con el derecho a una práctica independiente. Desigualdad que se sigue presentando en la actualidad y que impide el desarrollo del máximo potencial de la enfermería”²⁹.

La integración de las enseñanzas profesionales en la Universidad, ha sido otro de los logros de la Enfermería en el siglo XX, si bien cursó con desigual distribución en los países desarrollados. Las especialidades clínicas enfermeras, cobran en la actualidad gran importancia en el desarrollo de los equipos interdisciplinarios. En las últimas décadas, la investigación en materia de enfermería, ha aumentado considerablemente, tanto en cantidad de trabajos realizados, como en la calidad de los mismos. Dos características generales están presentes en la investigación enfermera. Además de conseguir un continuo incremento del cuerpo de conocimientos, son trabajos que ayudan a conseguir la excelencia asistencial. Por otra parte, la investigación enfermera presenta el problema del escaso reconocimiento por

²⁹ MC CORMACK, L. *Breve Historia de la Enfermería*. Universidad Nacional del Comhuc. Buenos Aires, 2007 (citado 20-06-2099) <http://essa.uncoma.edu.ar/academica/materias/morfo/Historiadelaenfermeria.pdf>

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

parte de algunos sectores de la profesión médica, que considera la investigación en ciencias de la salud como exclusiva de su disciplina. El desarrollo de la enfermería comunitaria en el nivel de atención primaria de salud, la atención geriátrica, la obstétrico-ginecológica, la salud laboral, la atención medico-quirúrgica, la enfermería materno-infantil, la salud mental y la gestión de los servicios de salud, son nuevos campos de especialidades enfermeras al servicio de la comunidad, que fomentan la salud, tanto a nivel individual, como colectivo. Las nuevas tecnologías biomédicas exigen una mayor capacitación profesional, que viene a prestigiar, por el alto grado de cualificación exigida, a una profesión que busca reconocimiento social y su propia identidad. La creación de la organización colegial de enfermería y de las sociedades científicas, en paralelo a las médicas, ha impulsado y dotado de entidad a una profesión en continuo avance, que se prepara para asumir los retos del siglo XXI.

III. La Enfermería como profesión

1. Evolución de la profesión enfermera, desde el siglo XIX, hasta el siglo XXI

En septiembre de 1857, se publica la popularmente conocida “Ley Moyano”. Se trata de una importantísima y novedosa ley, que cambia sustancialmente la definición de profesiones y funciones de los sanitarios, de mediados del siglo XIX. Es la “Ley de Bases para la Institución Pública”. A partir de ésta, se elaboran diferentes reglamentos reguladores de las profesiones sanitarias. El 21 de noviembre de 1861, se publica la reglamentación para las enseñanzas de practicantes y matronas, pero no la de enfermeras. La figura de practicante, sustituye a la del cirujano menor y barbero sangrador. Las funciones de las matronas se refieren a la asistencia a los partos, la administración de primeros auxilios a los recién nacidos y del bautismo de éstos, en caso de urgencia. Para que aparezca la titulación de enfermera, habrá todavía que esperar al nuevo siglo.

El “título de enfermera” se hace realidad a partir de la publicación del Real Decreto de 21 de mayo de 1915, en el que se regula la formación de dichos profesionales. El ejercicio de la enfermería se divide, entonces, en tres categorías profesionales, con funciones claramente diferenciadas: los practicantes, las matronas y las enfermeras. La división sexual del trabajo, está presente en tal clasificación. Por fin, en 1917, aparecen las primeras Escuelas Oficiales de Enfermería, reconocidas por el Ministerio de Educación.

Sin embargo, en 1923, varios años después de implantado el título de enfermería, en la definición profesional, aparecen evidencias de desigualdad...”El practicante es una persona perita, con título profesional (...) el enfermero es cualquier persona que hace lo que el médico le ordena con arreglo a la práctica”. Según Siles³⁰, parece consolidada la división en tres vertientes históricas de la enfermería, fundamentadas en la división sexual del trabajo: practicantes varones, matronas y enfermeras.

³⁰ SILES GONZÁLEZ, J. *Historia de la Enfermería*. Alicante. Ed. Aguaclara. 1999.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Los estudios de Enfermería han ido evolucionando a tenor de los cambios legislativos y sociales. El 4 de diciembre de 1953, se aprueba el decreto que regula los planes de estudio de la carrera de Ayudante Técnico Sanitario que unifica definitivamente las enseñanzas y ámbito laboral de los practicantes, enfermeras y matronas, estas últimas como especialidad.

Otro de los elementos que explicaría ciertas desigualdades de clase, es que según Canals, “el ingreso en la Escuela de ATS (Ayudante Técnico Sanitario) se constituía sobre un modelo moral intachable y con una formación en los elementos de la medicina que respondía a los deseos de los médicos y a los intereses de los sectores dominantes de la sociedad”³¹. Bajo tales supuestos, no es difícil imaginar la existencia y la influencia de ciertas connotaciones religiosas, que si bien, son muy de respetar en su contexto, en nada favorecen a una incipiente profesión, que lucha por dejar a un lado los estereotipos exclusivamente vocacionales. Por otra parte, la orientación como ayudantes de la medicina, en nada favorecería la autonomía enfermera. Sin embargo, unificaría dos enfoques diferentes: el de cuidado, aportado por las enfermeras y el técnico aportado por la cultura de los practicantes.

En 1977, los estudios adquieren el rango de Universitarios y la denominación de la profesión será Enfermería. Se crean las Escuelas Universitarias de Enfermería, que en España, son consideradas escuelas menores y los titulados se denominarán diplomados, a diferencia de las escuelas mayores o facultades, cuyos titulados son licenciados. Este aspecto, si bien introduce a la disciplina en la Universidad, va constituir un importante lastre para el desarrollo de la profesión por la vía académica e investigadora y en nada beneficiará a su imagen pública. Otros aspectos, que mantienen el cambio en el ámbito puramente formal son, la retribución económica y las condiciones del puesto de trabajo. Un Diplomado Universitario en Enfermería, percibe los mismos emolumentos por su trabajo, que un Ayudante Técnico Sanitario. Incluso hoy en día, las funciones son las mismas para ambas titulaciones y poseen la misma consideración social, e igual nivel, en el puesto que desempeñan laboralmente. Por esta razón, muchas enfermeras y enfermeros, con título de Ayudante Técnico Sanitario, no han realizado el curso de nivelación, pese a las facilidades

³¹ CANALS J. *Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos*. Rev. Jano 1985; XXIX (660):365-72.

que han tenido en los últimos años. Realmente, no lo necesitaban más que para ejercer la docencia, donde si se exige la Diplomatura Universitaria.

No obstante, la adaptación de las Universidades Españolas al Espacio Europeo de Educación Superior, incluye la convergencia de las titulaciones. Al desaparecer las diplomaturas, los estudios de Enfermería se convierten en “licenciatura”, siendo aprobado por el Gobierno”, en febrero de 2008, el “Título de Grado en Enfermería”.

2. ¿Por qué la Enfermería es considerada una profesión?

“Las atribuciones profesionales definen los ámbitos en los que un profesional puede desarrollar su actividad, establecen las condiciones para dicho desarrollo y fija las limitaciones cualitativas o cuantitativas que puedan existir. En general es la Administración quien establece las atribuciones. Las titulaciones académicas suelen comprender diferentes actividades que no son exclusivas de la profesión. Para que no exista intrusismo entre profesiones o un ejercicio irresponsable de la misma, existen distintas disposiciones reglamentarias que delimitan las tareas propias de cada ámbito profesional.

No todas las profesiones tienen asignadas atribuciones propias, predominan las derivadas de las enseñanzas técnicas como la arquitectura, ingenierías aunque también poseen atribuciones las ocupaciones relacionadas con el derecho (abogados, notarios) y el mundo de la salud (medicina, enfermería, veterinaria...). En la Edad Media las profesiones organizadas por gremios tenían sus propios mecanismos para regular sus actividades dependiendo de su especialidad. Dentro de su jerarquía (maestros, oficiales y aprendices) cada cargo tenía sus funciones y existía un respeto mutuo”³².

El concepto de profesión ha cambiado a medida que cambiaba la sociedad. Según Fernández Pérez (2001), es difícil definir qué es una profesión, pues hay una frontera difusa entre ocupación u oficio y profesión. “Sin embargo, es posible identificar algunos elementos como la formación educativa de alto nivel, la estructura organizativa, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, la actualización continua y la búsqueda de autonomía, como factores que inciden en la determinación de una actividad determinada, como una profesión”. Etimológicamente, proviene del latín de *professio*, *profesionis*, cuyo significado

³²Universia. Monografías. España. (citado 21-08-2009) <http://contenidos.universia.es/especiales/atribuciones-profesionales/definicion/index.htm>

es profesar, que mantiene connotaciones religiosas en el sentido de profesar públicamente la fe y por extensión, la ocupación de los religiosos. Otra acepción que se mantiene hoy en día, en realidad la principal, es la que se refiere a ejercer una actividad o facultad de forma pública.

Siguiendo el trabajo del autor mencionado, en el siglo XIX, los teóricos “consideraban las profesiones como una modalidad de lo que Tocqueville denominó "corporaciones intermediarias", que eran organismos por medio de los cuales podía instaurarse un nuevo orden social, en sustitución de la sociedad tradicional. Para Max Weber (1901), la profesión estaba vinculada a lo religioso en la tradición cristiana, puesto que el acto de profesar está relacionado con la voluntad de consagrarse a Dios, obedecer a un ser superior, con un alto contenido de ascetismo, de entrega y de sufrimiento”. Durante el siglo XX nuevos matices van introduciéndose en el concepto. Es Cleaves, en 1985, “quien sostiene que las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas. Esto lleva a sostener que, generalmente, la profesión aseguraría la posibilidad de hacer carrera a través de una actividad en la que los conocimientos del profesionista, además de ejercitarse, se amplían acumulativamente, enriqueciéndolo”³³.

Según esta última acepción ¿la Enfermería tiene un conocimiento especializado? La existencia de la Ley de Especialidades, así parece ponerlo de manifiesto. Si bien el catálogo no ha llegado a desarrollarse completamente, algunas ahí están, prestando servicio a la sociedad –matrona y salud mental-, otras como fisioterapia y podología fueron transformadas en diplomaturas- y otro nuevo grupo ha sido aprobado recientemente.

En cuanto a la capacitación educativa de alto nivel, la Enfermería ha ido escalando peldaños paulatinamente. En el pasado siglo se consiguió el título de Ayudante Técnico Sanitario, cuyos contenidos curriculares eran impartidos en las escuelas dependientes de las Facultades de Medicina. El nivel no era muy alto, puesto que no tenían categoría de estudios universitarios. Además, la palabra ayudante, revelaba la falta de autonomía de la titulación. Posteriormente, en 1977, como ya se ha indicado en este trabajo, los estudios de Enfermería

³³ FERNÁNDEZ PÉREZ, J. Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. *Revista electrónica de investigación educativa*, vol.3, Núm.2, 2001. Rinconada de Ocotlán. México (citado 21-08-2009) <http://redie.ens.uabc.mx/vol3no2/contenido-fernandez.html>

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

tendrían la consideración de Universitarios. Si bien en forma de diplomatura, lo que le cerraba las puertas al progreso académico de la disciplina y el ascenso a ciertos puestos de responsabilidad. El título de grado, parece introducir a la profesión en esta capacitación educativa de alto nivel.

En el control sobre el contenido del trabajo, cabe decir, que si bien tiene los elementos necesarios para ser considerada profesión liberal y así aparece en el Real Decreto sobre los Estatutos de la Organización Colegial y la regulación de la actividad enfermera, de facto no lo es. Todo colegiado es libre para abrir una consulta de enfermería, pero en la práctica solo funcionan las que se combinan con la atención médica, aunque el empresario sea un enfermero. La falta de poder dispensador de productos farmacéuticos, que en realidad utiliza a diario y conoce profesionalmente, representa un problema grave, para la liberalización de la profesión,- sirva como ejemplo, los cuidados de las úlceras por presión, que incluyen, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de éstas-. No obstante, el reto de la autorización para prescribir productos que habitualmente se emplean en Enfermería y ciertos principios activos, que cualquier ciudadano puede adquirir libremente en la farmacia, parece que lleva camino de conseguirse. Y esto, pese a la fuerte oposición de una profesión médica, que paradójicamente ha ido dejando ciertos nichos de tratamiento en manos de las enfermeras.

Otro aspecto que hace dudar de la existencia, de la anteriormente citada característica profesional, referida al control sobre el contenido del trabajo, es la dependencia, a veces excesiva e injustificada, que de facto existe, con respecto al heliocentrismo médico. Si bien, se admite sin reservas, que jerárquicamente existen dos escalones, entre los profesionales sanitarios, el sentido de subordinación de la enfermería, no está justificado, puesto que ésta se encuentra cualificada para asumir unas competencias, que le responsabilizan directamente de los actos que practica en su quehacer diario. La forma de realizar el trabajo es responsabilidad de cada estrato profesional y de hecho la Enfermería, como cualquier otra profesión, tiene presente en su proceso de atención, una evaluación de los resultados obtenidos. En este sentido realiza, cada vez más frecuentemente, investigaciones clínicas, con el fin de mejorar sus servicios y caminar hacia la excelencia. Por lo tanto, el control sobre el propio trabajo, cada vez es más importante, tanto cualitativa como cuantitativamente, a medida que progresa la profesión.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

El contar con una organización propia y la autorregulación de la profesión, se contemplan como requisitos necesarios para considerarla como tal. La Organización Colegial de Enfermería, tiene reconocido carácter oficial. Existe en España, un Consejo General, Consejos regionales distribuidos por cada una de las Comunidades Autónomas y Colegios profesionales, distribuidos por cada una de las provincias.

Como recoge Siles, en su *Historia de la Enfermería*³⁴, los Colegios profesionales, se contemplan por vez primera en la Ley General de Sanidad de 1855. Sin embargo, habrá que esperar hasta 1929, para que se conceda la colegiación oficial y obligatoria de los practicantes. Un año más tarde, en 1.930, mediante la Real Orden del 7-05-1.930 se concede la colegiación oficial a las matronas. Por otra parte, las enfermeras no podrán agruparse en colegios oficiales hasta la Ley de Bases de Sanidad de 1.944.

Tras la unificación de estudios mediante el Decreto de 27-VI-1.952, se refunden los planes de estudios de practicantes, enfermeras y matronas, nacen los ATS y los profesionales de enfermería se colegian en secciones colegiales en función del sexo: matronas, ATS masculinos y practicantes, ATS femeninos y enfermeras. Con la Orden Ministerial de 1 de abril de 1.977 y el proceso de unificación en el que se adopta el nombre de “enfermería” para la profesión y enfermera o enfermero para los profesionales que la ejercen, los Colegios de Enfermería unifican así mismo sus secciones colegiales.

Posteriormente, la aprobación de los Estatutos Generales de la Organización Colegial y la ordenación de la actividad profesional, que aparecen publicados en el BOE del 9 de noviembre de 2001 darán un impulso a la profesión, con el reconocimiento por parte de los poderes públicos, de la labor del colectivo. Según el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre, los colegios profesionales, se denominarán Colegios Oficiales de Enfermería. En la justificación, sobre la pertinencia del Real decreto, destacaremos, la alusión a la competencia profesional de la enfermera o enfermero, que precisa aplicar criterios de calidad y por tanto de la ordenación de su ejercicio. Se transcribe parte del texto por su relevancia. “Teniendo en cuenta la competencia profesional del enfermero, el texto articulado reconoce la importancia y trascendencia de aplicar criterios de calidad en las actuaciones profesionales de enfermería, en el marco del sistema sanitario español, y en consonancia con la potestad legalmente atribuida de ordenar el ejercicio de la profesión en el

³⁴ SILES GONZÁLEZ, J. *Historia de la Enfermería*. Alicante. Ed. Aguaclara, 1999.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

ámbito de su competencia. Siguiendo las consideraciones y recomendaciones internacionales, principalmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea, se pretende propiciar la creación de nuevas estructuras e instrumentos para facilitar la mejora de la calidad en la atención de enfermería a la población, así como el reconocimiento del compromiso de los profesionales de enfermería y las instituciones, que se integran en el sistema sanitario español”.

En cuanto a su naturaleza, los Colegios Profesionales de Enfermería, se definen en el artículo primero de los citados estatutos, como “corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. En consecuencia, y de acuerdo con la legalidad vigente, pueden adquirir, vender, enajenar, poseer, reivindicar, permutar, gravar toda clase de bienes y derechos, celebrar contratos, obligarse y ejercitar acciones e interponer recursos en todas las vías y jurisdicciones para el cumplimiento de sus fines”.

El artículo segundo, está dedicado a los fines de los Colegios Profesionales de Enfermería. “Son fines esenciales de estos Colegios la ordenación del ejercicio de la profesión de enfermería en el ámbito de su competencia y en todas sus formas y especialidades, la representación exclusiva de esta profesión y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados, todo ello sin perjuicio de la competencia de la administración pública, por razón de la relación funcional, ni de las representaciones sindicales en el ámbito específico de sus funciones”. Se hace hincapié, en la ordenación del ejercicio, en la representación de la profesión y en la defensa de los colegiados.³⁵

Altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas, son también, características atribuibles a toda profesión. Estos aspectos quedan bien reflejados en los Estatutos Colegiales, donde se insiste en que las funciones de la Enfermería, derivan de la misión de ésta en la sociedad y “se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia

³⁵ BOE num.269 de 9 de noviembre de 2001. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 20934 REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.

profesional”. Además, la profesión de enfermería tiene la responsabilidad de proporcionar “los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención”³⁶. En cuanto a la existencia de unas elevadas normas éticas, nos referiremos al Código Deontológico de la Enfermería en el siguiente apartado.

Por último, la Constitución Española en su artículo 36, establece, que son profesiones sanitarias tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud y que están organizadas en Colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.

3. El Código Deontológico de Enfermería

El Código Deontológico de la Enfermería Española, se redacta sobre la base del Código Internacional de esta profesión, elaborado en 1973 por el Consejo Internacional de Enfermería. Este código servirá como guía, para la resolución de problemas éticos, planteados en el ejercicio profesional y contribuirá a forjar y afianzar la buena imagen corporativa. La existencia de peculiaridades en la organización de las distintas sociedades estatales, aconseja adaptar dicho código a la realidad de cada país. En abril de 1988, un comité de expertos, designado por el Consejo General de Enfermería, redacta un proyecto que será sometido a la opinión de todas las enfermeras y enfermeros de este país. El documento resultante, según consta en la introducción, “es un elemento vivo, basado en una ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente, y estamos convencidos de que contribuirá a mantener un nivel profesional y un estatus social digno de nuestra profesión”. En el prólogo, se habla de la aplicación de dicho código. Para que ésta sea posible, es necesario utilizar como punto de partida “un marco conceptual que unifique y delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan. El hombre como unidad indisoluble

³⁶ Ibidem

compuesto de cuerpo y mente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es, a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores, que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral. Por ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad. La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que no siempre se sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive. España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”³⁷.

4. El concepto de identidad profesional

El profesor Álvarez Martín, habla de la identidad, en su ponencia sobre el “Perfeccionamiento docente y la identidad profesional”, como un concepto que está dotado de un carácter dinámico y, por tanto, cambiante en la temporalidad. Es un concepto, que paralelamente se va adaptando, con el discurrir del tiempo a los procesos de transición o transformación social y cultural. Existe una re-acomodación de los aspectos identitarios, intentando en todo caso mantener una coherencia, en este caso grupal, referida a ideario, actividad, deontología, filosofía y autovaloración. Sin embargo, la identidad, además de estar en continua evolución, requiere una cierta estabilidad, una coherencia que haga sentir que existe continuidad. Si bien, dicha continuidad ha de ser perfeccionada de forma constante, en la búsqueda de la excelencia.

Refiere Álvarez Martín, que “de manera general la identidad profesional es concebida como una entidad individual construida en relación a un espacio de trabajo y a un grupo profesional de referencia. También como un fenómeno social de apropiación de

³⁷ CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA. El presente Código Deontológico contiene el texto definitivo, resultante de las Resoluciones 32/1989 y 2/1998 que aprueban las normas deontológicas, con posterior corrección de errores. (citado 18.08-2009) www.enfermundi.com

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

modelos que se intencionan a partir de políticas sociales y opciones políticas, en un sentido amplio. Desde esta perspectiva el estudio de la identidad profesional es sobre individuos situados en un contexto donde se están implementando estrategias de cambio que explícita o tácitamente se orientan a generar nuevos modos de operar, tanto en el plano de concepciones y herramientas conceptuales como en el de su práctica”³⁸.

Sin embargo, la identidad profesional, como tal, tiene varias vertientes. Se realizan construcciones de un estado deseable, pero partiendo siempre de una referencia actual. Por tanto, es necesaria la referencia de la realidad del momento, para poder imaginar una identidad deseable, lo cual implica evolucionar hacia niveles superiores de perfeccionamiento. La identidad tiene que ver con la imagen, tanto personal como colectiva. La imagen que no evoluciona, se anquilosa y muere. Existen, dentro del reconocimiento de la identidad varios tipos de imágenes. La imagen que uno tiene de sí mismo, en este caso, dentro de una determinada profesión – ¿de que forma me veo como enfermero o enfermera?- y la imagen construida por alguien, acerca del significado de su profesión –¿cómo veo a la entidad grupal de Enfermería?-. Estos dos tipos de identidades, se enfrentan a la identidad que otros construyen –¿cada uno de los demás colegas, cómo vislumbra la Enfermería?-. Y los que son ajenos a la profesión, o usuarios, ¿qué piensan de esta profesión y qué consideración les merece?

Por otro lado, la idea de pertenencia a una identidad, asignada por otros grupos de influencia en la sociedad y por grupos de referencia, en este caso, los demás profesionales de Ciencias de la Salud, como son médicos, veterinarios y farmacéuticos, contribuyen a cerrar esa imagen compuesta y por tanto compleja. Si además, tenemos en cuenta, que la Enfermería históricamente, se ha ejercido de múltiples formas y desenvuelto en circunstancias muy diversas, habremos de concluir que la identidad actual -pese al esfuerzo que se está desarrollando para su unificación, por parte de las organizaciones de enfermería-, responde a imágenes heterogéneas, tanto para los integrantes del grupo como para el resto de la Sociedad. Tengamos en cuenta, que la propia nomenclatura, es actualmente diversa. Las denominaciones antiguas de practicantes y ATS, coexisten con las actuales de enfermeras y enfermeros. Además, a nivel de la población general, se observa el diferente significado que a veces adquieren estas acepciones, asignándole a cada una el valor de categoría separada.

³⁸ AVAREZ MARTÍN, F. *Perfeccionamiento docente e identidad profesional*. Universidad Alberto Hurtado. Chile (citado 21-08-2009) <http://mt.educarchile.cl/MT/Falvarez/PonenciaDOCENCIA.doc>.citado

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Por ejemplo, para el usuario del Sistema de Salud, una enfermera puede ser una ATS, pero no está claro si es una auxiliar de enfermería, o es una enfermera. En el caso de los varones, un ATS puede ser un practicante, pero un enfermero, a veces es identificado como un camillero o un celador. Esta desventaja, en cuanto al nombre de la categoría profesional, se sitúa en el extremo opuesto, en el sentido de que a veces se les identifica como algo parecido al médico, o más aún, por ser varones se les confundía con éste.

Por tanto, la identidad profesional, resulta de las transacciones sociales y los proyectos que desarrolla un determinado colectivo, a lo largo de su historia evolutiva. En el caso de la Enfermería, su esfuerzo se centra en la unificación de una imagen corporativa coherente con los tiempos y con el desarrollo de su cuerpo de conocimientos. La entrada en la Universidad acrecentó el prestigio y mejoró la calidad de los cuidados profesionales. El grado, constituye una oportunidad para afianzar su imagen corporativa y mejorar su identidad social proyectada, así como la individual, en cuanto a la mejora de la autoestima.

Otro aspecto que contribuye a crear identidad profesional, es la imagen corporativa. El Consejo Internacional de Enfermería ha adoptado la imagen de una lámpara de aceite, con la llama encendida, como símbolo internacional de la Enfermería. La elección de este símbolo obedece a dos criterios. Por una parte recuerda la lámpara utilizada por la Madre de la Enfermería moderna, Florence Nightingale, en sus rondas nocturnas, mientras visitaba a los heridos de guerra y por otra parte simboliza la sabiduría.

A nivel nacional, el artículo 51 de los Estatutos de la Organización Colegial vigentes, establecen los símbolos institucionales, que se utilizarán con carácter protocolario, existiendo colores y emblemas representativos de la profesión. Según el siguiente texto:

1. “Se establecen los colores azul y gris perla como colores de la profesión de enfermería, que deberán ser utilizados en cualquier distintivo o logotipo profesional, corporativo o educativo.
2. El logotipo o insignia de la Organización Colegial consiste en una figura formada por dos aros entrelazados en forma de aspa y coronados por un círculo. Cuando la figura sea policromada, el exterior de los aros será de color gris perla y el interior, azul, del mismo tono que el círculo que corona los aros.
3. El escudo de la Enfermería consiste en la Cruz de los Caballeros de San Juan de Jerusalén, conocida también como Cruz de Malta, sobre la que figura el Escudo

nacional. La Cruz estará enmarcada en un círculo formado por una rama de laurel en la parte izquierda y una palma en la parte derecha, unidas por un lazo.

4. La bandera de la Organización Colegial será de color blanco, con el escudo de la Enfermería situado en el centro de la misma”.

5. Misión de la Enfermería

Los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería de España, publicados en el BOE del 9 de noviembre de 2001, se refieren entre otras cuestiones, a la Ordenación de la actividad profesional. En su artículo cincuenta y tres, enuncia: “Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana”³⁹.

Parece muy claro y conciso el enunciado propuesto. La prestación de servicios enfermeros, para nada tiene que ver con la enfermedad en su antiguo concepto de falta de salud, más bien se adapta perfectamente a la definición de la Organización Mundial de la Salud, cuando manifiesta que «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.⁴⁰

Los criterios de atención de enfermería a la salud, no se centran exclusivamente en la atención al individuo, sino en la familia y la comunidad, y su objetivo, no solamente es el enfermo, sino la persona en cualquier etapa de su ciclo de desarrollo. Esto abarca aspectos

³⁹ BOE num.269 de 9 de noviembre de 2001. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 20934 REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. (citado 15-07-2009) <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

de prevención y promoción de la salud, que van desde la maternidad, el nacimiento, la edad infantil, la adolescencia y la edad adulta, hasta las personas mayores, sin olvidar las diferencias de género en el momento de dispensar cuidados.

Por otro lado, las intervenciones de enfermería, se basarán en principios avalados por la ciencia, siendo ésta, la única forma de conseguir el prestigio necesario, dentro del entramado de las ciencias de la salud, así como para incrementar la calidad de los cuidados. Pero la ciencia tiene poco sentido, si no se encuentra regida por otros principios de tipo moral basados en la dignidad de la persona y el respeto a la vida. El código deontológico articula los principios éticos de la profesión.

6. Definición de enfermera y enfermero

La definición de enfermero o enfermera, que aporta el Consejo General, se redacta en los siguientes términos: “Enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna”⁴¹.

Otras acepciones que presenta la palabra enfermería, tienen en común conceptos relacionados con la salud. Así, “la Enfermería” es una dependencia donde se ubican enfermos y heridos. También es la profesión de la persona que se encarga del cuidado de los pacientes en los hospitales o en los domicilios de éstos. Estas definiciones concuerdan, con el concepto que está más difundido a nivel de la población general.

⁴¹ BOE num.269 de 9 de noviembre de 2001. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO 20934 REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.

La Real Academia Española de la Lengua, actualmente, contempla cuatro acepciones: Una que se refiere al local o dependencia, al igual que indica la “vox populi”, otra que se refiere a la profesión, la tercera tiene que ver con los estudios realizados y la cuarta, que se está referida a un conjunto de enfermos. Se transcribe textualmente:

1. “f. Local o dependencia para enfermos o heridos.
2. f. Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas.
3. f. Conjunto de estudios requeridos para conseguir esta titulación. *Ha terminado enfermería y en enero empezará a trabajar en el hospital.*
4. f. Conjunto de los enfermos de determinado lugar o tiempo, o de una misma enfermedad”⁴².

Llama la atención que la primera acepción, esté dedicada al local, en vez de definir a la profesión ¿Qué criterios sigue la Academia para ordenar las definiciones? ¿Tal vez la que considera más popular? ¿O estará relacionado con ser una profesión, femenina poco valorada y discriminada durante años? Hay que decir, a favor de la definición que hace la Real Academia de la profesión enfermera, que incluye la palabra cuidado, así como el concepto de pautas clínicas para la realización de su actividad.

7. Los cuidados de enfermería

El cuidado es intrínseco a la especie humana, el mantenimiento de la vida de los individuos que integran un grupo determinado, repercute en el mantenimiento del grupo como tal y en el de la propia vida del cuidador. El denominado instinto de conservación tiene, por tanto, vigencia a dos niveles, por una parte entra en juego la propia conservación y por otra la conservación de la especie. Este instinto cuidador está presente en todo el reino animal, siendo las hembras, por lo general, las que se muestran más ocupadas en cuidar su descendencia.

⁴²Real Academia de la Lengua. (citado 20-08-2009)
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=enfermería

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Los cuidados se constituyen en función social. En la evolucionada sociedad actual, el cuidado contribuye además, a proporcionar seguridad, confort y bienestar. Contribuyen a afianzar los lazos afectivos familiares y los relacionados con la amistad. El cuidado crea vínculos con la persona cuidada y sobre todo, contribuye al mantenimiento de la salud. El Estado del Bienestar, al que tienden todos los pueblos del mundo, se basa en los cuidados que proporciona la comunidad a sus integrantes. Este bienestar hace que las sociedades progresen en la técnica, las artes, las humanidades y la ciencia, aumentando los niveles de conocimiento de la humanidad.

El cuidado, es la razón de ser de la Enfermería. Si la profesión médica implementa tratamientos, la enfermería proporciona cuidados. Si dichos cuidados, en los orígenes de la sociedad fueron muy básicos, a medida que ésta va evolucionando se convierten en complejos. La Enfermería actual se encuentra inmersa, en las cada vez más complejas Ciencias de la Salud sin renunciar en ningún caso a su misión. La adaptación a los cambios aportados por los nuevos conocimientos, supone un reto, pero también una oportunidad de progreso.

En este sentido La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, que comentaremos después, más ampliamente, enuncia textualmente: “corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. Este texto legal reconoce la dirección, la evaluación y prestación de cuidados a los profesionales de enfermería. Es decir, reconoce su metodología, la contenida en el denominado Proceso de Atención de Enfermería.

Además, otra norma jurídica, recoge la función cuidadora enfermera. El Estatuto de la Organización Colegial, en su artículo 54, se refiere a los Cuidados de enfermería, como funciones propias de la profesión, desarrollándose en tres puntos:

“1. Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del

momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.

2. Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.

3. Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades BOE núm. 269 Viernes 9 noviembre 2001 40999 contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna”.

Las funciones enfermeras se realizan en cuanto suponen el cumplimiento de la misión social de la enfermería, están sujetas a un código deontológico y tendrán en cuenta para su actuación, la buena administración de los recursos disponibles. Actualmente, el trabajo dentro de los equipos de salud, se muestra como la forma más eficaz en la resolución de problemas de salud o en la promoción de ésta. La enfermería esta integrada en dichos equipos, realizando actividades propias de su competencia. Los principios de equidad y sostenibilidad de la atención, están dentro de su conducta ética.

IV. Discriminación en Enfermería

1. Concepto de discriminación

Discriminación es una forma de distribución desigual de las oportunidades vitales. Para describir las diversas formas de desigualdad que, como formas de poder, se desarrollan en todas las sociedades, existen dos grandes líneas de pensamiento: una de ellas aportada por Weber y la segunda enunciada por Marx. Estas dos filosofías, explican, desde puntos de vista diferentes, las desigualdades que existen entre los diferentes grupos humanos, así como los efectos que producen sobre éstos.

Por una parte, la filosofía de Weber introduce el concepto de discriminación, refiriéndose a aquellas restricciones de oportunidades, que uno o varios grupos de poder imponen sobre un determinado colectivo; de tal forma que el grupo en desventaja aporta tal característica a cada uno de sus miembros por el mero hecho de pertenecer a éste. Los grupos discriminados suelen denominarse, actualmente, “minorías” y en general los grupos que discriminan son las “mayorías”; si bien dichas denominaciones, no siempre se corresponden con el número de personas que los integran. Existen varios tipos de discriminación: por razón de sexo, de religión, de raza, de género, discriminación estadística, por el monopolio del grupo aventajado, etc. Cualquier persona inmersa dentro de estas categorías puede sufrir a la vez varias formas de discriminación; así, por ejemplo, una persona por el hecho de ser mujer, negra e inmigrante, tendría los inconvenientes atribuibles, subjetivamente, a tres categorías sociales. Por otra parte, los grupos discriminados, pueden verse sometidos a una discriminación absoluta, cuyo ejemplo más extremo sería la esclavitud (o el patriarcado tradicional en su forma extrema), o bien, pueden padecer una discriminación relativa, como en el caso de los “empleos femeninos”.

El artículo 1º de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación, la define como: “La distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos varios (sexo, raza, religión, condición social...) cuyo propósito o resultado sea anular o disminuir el reconocimiento, preferencia o ejercicio, en iguales condiciones, de los derechos humanos y libertades fundamentales en la política, la economía, la sociedad, la cultura o cualquier otra esfera de la vida pública.”

En contraposición, y como complemento a la filosofía de la discriminación Weberiana, se encuentra la teoría de Marx. Para este pensador, la mayor causa de desigualdad es la explotación, se refiere al aspecto material y consiste en utilizar a otros como medio de conseguir algo, dando menos de lo que se recibe en dicha relación. Constituye un ejemplo típico de explotación, la relación laboral dependiente, donde el salario percibido por un empleado a cambio de trabajo fuera muy escaso con respecto a los beneficios del empleador. La explotación constituye, por tanto, un intercambio desigual.

2. ¿Se detecta discriminación entre mujeres y varones enfermeros?

El acceso a los estudios de Enfermería sigue las directrices de cualquier otra titulación y no se ha detectado la posibilidad de desigualdades de género. Salvo la propia elección, de forma minoritaria, por parte de los varones, que se relaciona con los estereotipos de género.

En el desarrollo profesional, el acceso a puestos de trabajo asistenciales de la sanidad pública se realiza mediante concurso-oposición. La movilidad interna se rige por baremo de méritos. No se observa desigualdad de género a la hora de acceder a estos puestos, si bien es cierto, que los enfermeros varones eligen servicios donde la enfermería es más técnica y goza de mayor autonomía a la hora de impartir los cuidados.

La Colegiación oficial y obligatoria fue concedida casi 20 años antes a los practicantes varones que a las enfermeras mujeres. Actualmente muchas instituciones enfermeras españolas están presididas por enfermeros, a pesar de ser un colectivo mayoritariamente femenino (Colegios Profesionales, Sindicatos, Sociedades Científicas,...), aunque en la última década se ha observado un incremento significativo de mujeres en las presidencias provinciales. Si bien, a nivel de la presidencia central, persisten los varones de forma mayoritaria. Ahora bien, si analizamos los puestos de libre designación, como son las direcciones, subdirecciones y supervisorías de los Hospitales, se evidencia que la mayoría son mujeres.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

DIRECCION DE ENFERMERIA Complejos Asistenciales de Castilla y León									
	Burgos	Soria	Segovia	Ávila	Valladolid	Palencia	León	Zamora	Salamanca
	X	-	X	X	X	-	X	X	
		-				-			X
SUBDIRECCION DE ENFERMERIA Complejos Asistenciales de Castilla y León									
	Burgos	Soria	Segovia	Ávila	Valladolid	Palencia	León	Zamora	Salamanca
	1	1	1	2	2	1	1	1	3
							1		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la web de Sacyl (cortesía de Feroso, MJ)

3. ¿Es la Enfermería una profesión femenina?

Antes de comenzar el análisis, cuyo resultado debe dar respuesta a la cuestión sobre discriminación, que se plantea en este título IV, hemos de tener en cuenta algunos aspectos, que hacen de la profesión enfermera una disciplina peculiar, con respecto a las cuestiones planteadas por las diferencias de género.

Lo más característico en este sentido, es que tradicionalmente fue considerada, y tal vez sigue siéndolo, una “profesión femenina”. Actualmente se ha matizado un poco más y se escuchan afirmaciones tales como, que es “eminentemente femenina” o “mayoritariamente femenina”. No está exenta de razón esta última, puesto que del total de enfermeras y enfermeros colegiados en España, aproximadamente un 83% son mujeres⁴³. En las Escuelas de Enfermería se mantiene este porcentaje, con algunas oscilaciones poco significativas en las últimas décadas; así, según datos del Instituto de la Mujer, en la publicación de 2001: “La mujer en el sistema educativo”⁴⁴, en el curso 1998/99 se matricularon solamente un 16% de varones frente a un 83,82% de mujeres en la Diplomatura de Enfermería. Por tanto, no solo se mantiene el porcentaje histórico, sino que la diferencia aumenta a favor de un mayor número de mujeres.

⁴³ Web Instituto Nacional de Estadística: 83,02% de mujeres Diplomadas en Enfermería en España colegiadas a 31 diciembre 2007 (citado 10-01-2009)

⁴⁴ GRAÑERAS PASTRANA, Montserrat y VV AA, *La mujer en el Sistema educativo*, Madrid, CIDE Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) 2001

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

		2001	2003	2005	2007
Datos Absolutos: Ambos sexos	Total	489.264	522.803	548.284	605.193
	Médicos/as	180.417	190.665	199.123	208.098
	Odontólogos/as y Estomatólogos/as	18.507	20.005	22.150	24.515
	Farmacéuticos/as	52.641	56.501	59.251	61.300
	Veterinarios/as	22.685	24.737	25.827	27.594
	Diplomados/as en Enfermería: Total	208.551	220.769	231.001	243.000
	Diplomados/as en Enfermería: Matronas	6.463	6.764	6.774	7.057
	Fisioterapeutas				28.720
% Mujeres	Podólogos/as		3.362	4.158	4.909
	Total	59,52	60,96	62,47	63,69
	Médicas	38,90	40,69	42,10	43,60
	Odontólogas y Estomatólogas	38,22	39,99	40,48	42,62
	Farmacéuticas	67,17	68,01	68,69	70,17
	Veterinarias	30,66	33,73	35,71	39,20
	Diplomadas en Enfermería: Total	80,46	81,60	82,58	82,99
	Diplomadas en Enfermería: Matronas	94,31	94,86	94,55	94,18
	Fisioterapeutas				67,74
	Podólogas		47,83	52,00	53,53

Profesionales sanitarios colegiados. Fuente Instituto de la Mujer -a partir de datos del INE- (modificado) ⁴⁵

Si observamos el número de profesionales sanitarios colegiados, según la tabla adjunta, en la que se han seleccionado los bienios impares, desde el año 2001, hasta el 2007, llama la atención un crecimiento del porcentaje de mujeres en todas las profesiones. De un total de 59,52% de colegiadas sanitarias, en 2001, se ha pasado a un 63,69% en 2007. Si bien, el incremento es mayor en profesiones sanitarias, que estaban hace tiempo masculinizadas, como es el caso de la profesión médica, la veterinaria y la de podología. La especialidad de enfermera obstétrico-ginecológica, mantiene su alta concentración femenina tradicional, manteniéndose ésta, en torno a un 94 % que parece inamovible.

Resulta igualmente significativo, que el porcentaje de mujeres enfermeras se mantenga en torno al 80% y que incluso supere ligeramente este porcentaje en 3 puntos, en

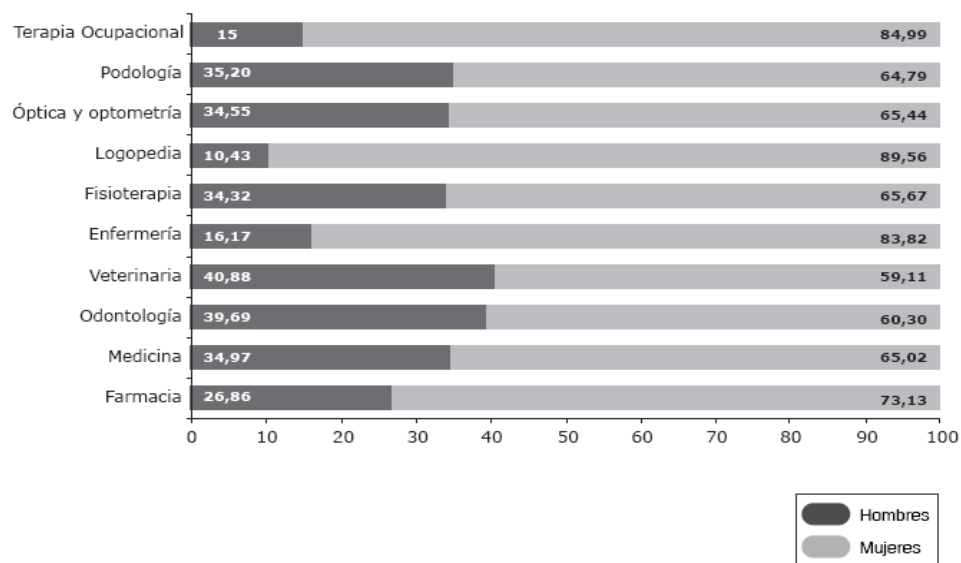
⁴⁵Instituto de la Mujer- *Las mujeres en España- Estadísticas- Salud- Profesionales Sanitarias* (citado 7-08-2009) http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/salud/profesionales_sanitarias.htm

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

la última década. Estos datos, evidencian el constante desinterés que siguen mostrando los varones por la enfermería, a pesar de los cambios sociales que, en materia de igualdad, han acontecido durante los últimos veinte años.

4. Se evidencia un escaso interés de los varones, en la elección de la profesión enfermera.

¿A qué debe esta falta de interés de los jóvenes varones por la profesión de Enfermería? ¿Sigue presente en la “mente colectiva” el estereotipo de profesión femenina y feminizada? Según Marta Sierra, profesora de Formación y Orientación Laboral: “La mujer entra, aunque despacio, en el campo laboral mayoritariamente copado por hombres, pero el proceso contrario cuesta más. El peso de los roles y el menor reconocimiento social y económico al trabajo más feminizado explican esas dificultades”⁴⁶.



Fuente: Elaboración CIDE a partir de la Estadística de la Enseñanza Superior en España, 1998/99.

Gráfico 2.66. Distribución porcentual por sexo del alumnado en las titulaciones de Ciencias de la Salud. Curso 1998/99.

Resulta significativo, que por el contrario, Medicina, una profesión en la que hace 30 años predominaban los hombres y hace 50 era casi exclusiva de éstos, haya pasado a ser en la actualidad, mayoritariamente femenina, con un 65,02 % de mujeres matriculadas en 1998.

⁴⁶ Marta Sierra. Profesora de Formación y Orientación Laboral. Teruel. *Empleos en masculino*. (citado 7-01-2009) <http://heraldoabierto.heraldo.es>

Además, puede apreciarse, según los datos reflejados en el gráfico adjunto, que un alto porcentaje de mujeres está cursando estudios Universitarios en Ciencias de la Salud, en relación al de varones.

5. La elección de los estudios, parece estar relacionada con estereotipos de género.

¿Se debe la elección de los estudios de Enfermería y Ciencias de la Salud, por parte de un elevado número de mujeres, a la circunstancia de que pueda persistir en la “memoria social”, el tradicional papel cuidador de la mujer?

En opinión de algunos pedagogos “la conclusión es clara”: las diferencias naturales que existen entre ambos sexos, los predispone para unos u otros estudios. “Las mujeres son más afectivas y tienden a ayudar o atender a los demás. Por eso, los trabajos sanitarios o los servicios sociales tienen más presencia femenina”. Señala el presidente de la Asociación Profesional de Pedagogos de Galicia, José Manuel Suárez, quien añade: “Los hombres, sin embargo, son más agresivos y prácticos, buscan el valor económico de las cosas y quieren obtener resultados inmediatos”⁴⁷. Sin posicionarse ni a favor ni en contra de esta opinión, el hecho estadístico es evidente. La cuestión es, si ese estereotipo se ha formado en exclusiva, por la transferencia de ideas culturales entre generaciones, o bien si existe cierta predisposición “natural” en el género femenino, como afirma el autor. Se recalca este aspecto debido a la contraposición que existe entre los que piensan de este modo y la filosofía de los sectores feministas críticos, que afirman con sólidos argumentos, que la construcción de estos estereotipos es puramente cultural y se ha establecido siguiendo el modelo de sociedad patriarcal, que ha persistido a lo largo de muchos siglos de Historia.

6. Diferencias de género en los antiguos estudios de ATS

En los antiguos estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que se cursaban en las Escuelas dependientes de las Facultades de Medicina –en España-, sin ser oficialmente universitarios, se encuentran diferencias de género evidentes. Citaremos algunos ejemplos.

⁴⁷ La Opinión de A Coruña. *Carreras con género propio*. Ocho de cada diez alumnos de titulaciones sanitarias en A Coruña son mujeres. (citado 1-01-2009) <http://LaOpinionCoruña.es>, Domingo 09 de noviembre de 2008

Si bien existían escuelas mixtas, como en el caso de la Universidad de Salamanca, también funcionaban escuelas exclusivamente masculinas, como las de los Hermanos de San Juan de Dios de Sevilla, y otras que admitían solamente mujeres como es el caso de la Escuela femenina de ATS de Zamora, siendo los enfoques formativos completamente diferentes.

Generalmente, la formación en las escuelas femeninas se hacía en régimen de internado, muchas veces dentro de los propios hospitales, en los que se reservaba una planta como residencia y la masculina de forma externa, con aulas en la Universidad. Como afirma Carmen Chamizo “las primeras, herederas de los valores femeninos predicados por el poder de la época: Iglesia y Estado (abnegación, sacrificio y prudencia) y las segundas, herederas de la cultura de los practicantes, supeditados a ser ayudantes del médico y con una organización jerárquica, similar a la de las instituciones militares (organización jerárquica y obediencia)”⁴⁸.

Otra forma de desigualdad se aprecia en los planes de estudios de la extinta titulación de ATS, en la que se encontraban algunas asignaturas diferentes, según el sexo del estudiante. La de “Medicina Legal y Autopsias” estaba destinada a los varones, en contraposición a la asignatura “Labores del Hogar” que debían cursar las mujeres.

7. La Enfermería entra en la Universidad “por la puerta de atrás”

En 1977, pese a todos estos prejuicios, basados en estereotipos de género, que marcan las diferencias formativas entre varones y mujeres de una misma profesión, y al amparo de los derechos y libertades, que reivindicaba la mayor parte del colectivo durante la transición hacia la democracia; después de una serie de movilizaciones por parte de enfermeras y enfermeros se crea la titulación de Diplomado Universitario en Enfermería. Este logro da un respiro a la disciplina, ya que conlleva el reconocimiento, por parte de los poderes públicos, de una mayor autonomía profesional y en el ámbito académico implica la independencia formal, al estar las Escuelas a partir de ese momento, como antes se indicó, fuera de las Facultades de Medicina.

8. El techo de cristal

⁴⁸ CHAMIZO VEGA, CARMEN. *La perspectiva de género en Enfermería. Comentarios y reflexiones*

Sin embargo, el hecho de que las Escuelas funcionaran como entes autónomos no garantizaba su independencia efectiva, ya que académicamente, la Diplomatura, estaba bloqueada por un “techo de cristal”, que interrumpía el ascenso de los Diplomados en Enfermería, por la escala académica. Se habla de este techo en el sentido de que una enfermera no podía acceder al doctorado, a menos que lo hiciera dando un rodeo a través de otro tipo de estudios. Existen múltiples ejemplos de esto, algunas enfermeras (generalmente las vinculadas a la Universidad o con interés por estarlo) se licenciaban en Derecho, en Historia del Arte, en Sociología u otras disciplinas y más recientemente en Antropología (por tener acceso a ésta directamente, como segundo ciclo), con el objeto de seguir posteriormente, el programa de doctorado.

Conseguir la ruptura de este techo, de forma individual –la única posible, hasta el reciente desarrollo de los Programas Oficiales de Postgrado, integrados en el Espacio Europeo de Educación Superior-, ha supuesto un esfuerzo añadido y necesario, para las enfermeras docentes, que estaban interesadas en conseguir cotas de poder en condiciones de igualdad, dentro del peculiar Sistema Universitario Español. Chamizo expresa dicha necesidad, de forma clara y contundente, cuando argumenta: “Se estima que la verdadera revolución en el proceso de crecimiento profesional (...) de la enfermera no ha de derivarse tanto del desarrollo de su trabajo, como de un acceso a la enseñanza superior, ya que sin una preparación igual y suficiente no accederá a puestos de poder”⁴⁹. No obstante, este problema va a quedar resuelto por la normativa actual.

9. La apertura de la “puerta grande” de la Universidad, para Enfermería en el Reino de España (8 de febrero de 2008)

El Real Decreto de Ordenación de las Enseñanzas Universitarias Oficiales, de 29 de octubre de 2007, establece que “se debe tener en cuenta que la formación en cualquier actividad profesional debe contribuir al conocimiento y desarrollo de los Derechos Humanos, los principios democráticos, los principios de igualdad entre mujeres y hombres, de solidaridad, de protección medioambiental, de accesibilidad universal y diseño para todos”. A partir de 2010 todos los estudios Universitarios serán de grado, existiendo la

⁴⁹ Chamizo Vega, Carmen. *La perspectiva de género en Enfermería. Comentarios y reflexiones*

posibilidad de acceso al segundo y tercer ciclo para todas las titulaciones⁵⁰. Más concretamente, en Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, se aprueba que los estudios conducentes a la obtención de la Titulación de Enfermería “son enseñanzas universitarias oficiales de Grado, y sus planes de estudios tendrán una duración de 240 créditos europeos”⁵¹. Se presenta una oportunidad única para romper ese techo invisible, pero ¿será suficiente esta medida o habrá que despejar el camino de otros escollos?

10. Una profesión mayoritariamente femenina cuya actividad es el cuidado

Teniendo en cuenta que estamos ante una profesión mayoritariamente femenina y que su principal actividad es el cuidado, resulta adecuado utilizar la perspectiva de género, para el estudio de sus problemas y competencias.

“El cuidado es una tarea invisible socialmente, más invisible aún que las tareas rutinarias, aunque posea una gran importancia social, un valor económico considerable y relevantes implicaciones políticas”⁵². Solamente, cuando el cuidado es derivado a instituciones públicas o privadas, se hace visible tal actividad. Sirva de ejemplo el creciente gasto que está produciendo a nivel familiar y estatal, el ingreso de las personas mayores en residencias para la tercera edad. El cuidado retribuido está más prestigiado, todo lo que tiene un precio se valora más. De forma análoga, con frecuencia, pasan inadvertidos cuidados enfermeros, tales como, la educación para la salud de los usuarios individuales y de la población, la prevención de enfermedades y riesgos laborales, la detección de problemas pre-diagnóstico, los programas de salud y otras iniciativas enfermeras, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria de Salud, donde se contabilizan casi exclusivamente, los tratamientos médicos y su administración por enfermería.

⁵⁰ BOE Ministerio de Educación y Ciencia, **18770** REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.

⁵¹ BOE Miércoles 27 febrero 2008, **3648** RESOLUCIÓN de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Ciclo y duración.— Los títulos a que se refiere el presente acuerdo son enseñanzas universitarias oficiales de Grado, y sus planes de estudios tendrán una duración de 240 créditos europeos

⁵² COMAS D'ARGEMIR D, *Mujeres, familia y estado del bienestar*

Según Cano-Caballero, en la revisión bibliográfica presentada en su artículo “Enfermería y género”, “la mayoría de los autores consideran la noción de cuidar esencial y básica en la profesión de enfermería. Para cuidar se necesita predisposición hacia la solidaridad, tener presente al otro, adquirir un compromiso emocional y ser muy flexible”⁵³. El cuidado incluye otras variables como la incertidumbre, la inexactitud y la imprevisibilidad; además se presupone natural para las mujeres, sesgo de género muy arraigado, aun después de estar demostrado que muchos varones se han dedicado y se dedican al cuidado en esta profesión, de manera reglada, desde hace más de medio siglo. Según esta autora se reiteran en el colectivo tres ideas fundamentales:

- 1.- La subordinación de la profesión enfermera con respecto a la médica
- 2.- Persisten las ideas de abnegación y entrega, como imprescindibles
- 3.- La necesidad de crear un cuerpo científico y un espacio de trabajo propios

Parece evidente, que de estos tres supuestos, los dos primeros poco tienen que ver con la enfermería profesional y solo el último, sería imprescindible para conseguir el espacio constructor de la ciencia enfermera y por tanto, de una profesión con autonomía.

11. La subordinación

La jerarquización por niveles, que existe en los sistemas de salud, es la base para establecer la división del trabajo sanitario; médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores cumplen labores diferentes según su grado de formación. Pese a que los dos primeros colectivos son Universitarios, se observa una marcada subordinación de las enfermeras con respecto al primer escalón, lo que supone que la jerarquía, en vez de servir para cumplir la función de división del trabajo es, en este caso, una fuente de desigualdad.

Pero lo que realmente resulta inquietante, es que las ideas de abnegación, entrega y subordinación en el sentido de “sumisión”, demasiado arraigadas aún, en muchas enfermeras y algunos enfermeros, son demonios presentes en el interior del colectivo y pocos se han planteado exorcizarlos. Muchos relacionan este aspecto, en base a la educación patriarcal

⁵³ CANO-CABALLERO GALVEZ, María Dolores. Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm.* [online]. 2004, vol. 13, no. 46 [citado 2009-01-14], pp. 34-39

recibida por las mujeres, en una profesión donde son mayoría. Además, aunque muchas enfermeras piensan que sus colegas varones reaccionan, ante situaciones de desigualdad de trato, de forma diferente y son menos sumisos, lo cierto es que se han creado unas formas de relación con el colectivo médico que afectan de manera semejante, tanto a varones como a mujeres y es que, todos y todas, vamos en el mismo barco. Incluso existe un sentimiento masculino, cada día mas generalizado, que hace pensar a los varones enfermeros, que el estereotipo femenino de la enfermera ha perjudicado a todo el colectivo, por haberse aceptado dicha relación de subordinación-sumisión, como algo natural y necesario.

No obstante, el hecho de que los estudios se cursaran en las escuelas creadas dentro de las facultades de medicina, permitió al colectivo médico diseñar “ayudantes” a su medida.

12. Menguada identidad profesional y baja autovaloración

Estos aspectos que condicionan la autoestima, son tratados también por Cano-Caballero, afirmando que si una profesión no reconoce lo que ofrece a la sociedad y el papel que representa, se produce un sentimiento de malestar en los profesionales que la integran.

Torres, en su trabajo titulado: “Desarrollo de la autoestima profesional en Enfermería”, llega a la conclusión de que el proceso de formación de la disciplina, hasta llegar a la etapa profesional actual, “ha estado marcado por cada uno de los acontecimientos históricos de la humanidad. Todas las etapas de este desarrollo han tenido elementos comunes: la subyugación de género, religiosa, médica, y la escasa valoración económica y social de la profesión. Condiciones que en nada propiciaron la autonomía, la identidad, la creatividad, el autoconcepto y la autovaloración”⁵⁴. Esta autora, propone algunas soluciones para el presente y el futuro inmediato, que son entre otras: la autogestión de los procesos de crecimiento profesional, desarrollar la formación superior, evitar que los estudiantes de enfermería se formen bajo estructuras rígidas, así como fomentar el pensamiento crítico, promover y aprovechar el cambio que se está produciendo en el ámbito universitario, para construir una verdadera identidad que se desmarque de la influencia médica.

⁵⁴ TORRES A, Alexandra and SANHUEZA A, Olivia. *Investigación y educación en enfermería*, Jul./Dec. 2006

13. Las condiciones de trabajo

En el estudio publicado por Herrera y Cassals, en 2005, sobre los factores que influyen en la vida laboral del colectivo de enfermería, se pone de manifiesto que “la calidad de vida en el trabajo es el grado en que los miembros de un colectivo son capaces de satisfacer las necesidades personales, a través de sus experiencias, en el contexto organizacional, donde se adoptan las más variadas políticas de gestión de los recursos humanos, esta calidad influye de forma importante en la satisfacción del trabajo. La calidad de vida en el trabajo, actúa sobre aspectos importantes para el desenvolvimiento psicológico y socio-profesional del individuo y produce motivación para el trabajo, capacidad de adaptación a los cambios en el ambiente de trabajo, creatividad y voluntad para innovar o aceptar los cambios en la organización.”⁵⁵

Los aspectos psicológicos son muy a tener en cuenta, desde el punto de vista de la influencia que tiene la jornada laboral, sobre la persona que desarrolla un rol determinado en la sociedad. Dichos roles están condicionados, sobre todo, por la ocupación del individuo. No olvidemos, que coloquialmente, se expresa la ocupación laboral de una persona con el verbo ser. En el idioma castellano dedicarse a algo es semejante a ser. Soy enfermero, soy abogado, él es sociólogo, ella es historiadora, es jurista, es la alcaldesa...o es la ministra de igualdad. Esto indica la importancia del rol desempeñado por cada persona en la sociedad. Por tanto, las condiciones de trabajo serán decisivas en el grado de satisfacción personal y también influirán en la satisfacción del colectivo como tal, como grupo organizado. Hay que tener presente, igualmente, que los colectivos mejor considerados socialmente, obtienen mayor grado de satisfacción, lo que conlleva un incremento de la motivación y esto a su vez genera un rendimiento más elevado a nivel personal, elevando a su vez el crecimiento profesional.

Se han de conocer los factores que condicionan la calidad de vida laboral, ya que según Peiró, “las personas en su trabajo, buscan satisfacer sus necesidades biológicas, de seguridad, de relación social, de autoestima y de autorrealización”⁵⁶

⁵⁵ HERRERA SANCHEZ, R y CASSALS VILLA, M. *Revista Cubana de Enfermería* - Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería.mht (citado 10-08-2009) web revista cubana de enfermería

⁵⁶ PEIRÓ JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Ed. Eudema. 1993

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Las condiciones en las que se desarrolla un trabajo, las oportunidades de control sobre éste, las capacidades de la persona, las relaciones con el resto del personal, incluidos los iguales, así como los escalones jerárquicos superiores e inferiores, la remuneración, el riesgo, la forma de organización y el reconocimiento de su labor, por parte de los agentes sociales, son factores de gran relevancia para la configuración del sentimiento de bienestar de cada uno de los trabajadores en particular, así como el de un colectivo determinado.

Los cuidados profesionales al individuo sano o enfermo y a la comunidad constituyen la razón de ser de la Enfermería. La actividad cuidadora implica tensiones y alteraciones emocionales, no siempre previsibles. Siendo éste un colectivo donde predominan las mujeres, se verá sometido a un mayor riesgo de sufrir agresiones, por parte de algunos pacientes y familiares⁵⁷. Cuidar “per se”, conforma connotaciones afectivas. Estos afectos toman forma por lo general agradable; la naturaleza del cuidado es en sí placentera para el ser cuidado y también contiene una gratificación para el cuidador. Esta recompensa subjetiva, es lo que quizás, impulsa a cuidar. Sin embargo, si dispensar cuidados se convierte en una obligación y esta obligación conlleva fuertes renunciaciones y sacrificios o la falta de equidad entre los cuidadores, la recompensa lejos de existir, se convierte en carga pesada, difícil de soportar.

En la etapa vocacional de los cuidados, estos eran entendidos, como forma de redención para los cuidadores. El cuidar a los enfermos era una forma de conseguir la gracia divina. Es un acto caritativo. El propio sufrimiento de cuidadoras y cuidadores en sus actos altruistas, les elevará por encima de lo humano. Sin duda, es el mismo sentimiento que experimentan actualmente, aún excluido el motivo religioso, los voluntarios de cualquier organización sin ánimo de lucro.

Sin Embargo, la Enfermería, se encuentra actualmente en una etapa profesional. En esta etapa de desarrollo, la vocación ya no es imprescindible para el ejercicio. Existe una retribución económica por el trabajo realizado y lo que se espera por parte del usuario del sistema de salud y por el propio empleador, del personal enfermero, es que desarrolle su labor sobre la base de la excelencia, con competencia y responsabilidad. Los aspectos vocacionales, si existen, son siempre algo personal, están dentro del ámbito privado, dentro

⁵⁷ SIMÓN GARCÍA M, BLESAL MALPICA AL, CALVO GUTIERRO MA, BERMEJO DE PABLOS C, GÓMEZ DE ENTERRIAMC. *Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos clínicos*. Madrid. San Carlos, 1996.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

de lo más íntimo de cada persona que se dedica al cuidado profesional. Sin embargo, lo vocacional sin ser imprescindible, y no entendido como sentimiento religioso, sino como inclinación hacia el desarrollo de una actividad, en este caso cuidadora, resulta motivador para los que lo mantienen integrado en su vida profesional, beneficiando positivamente a los receptores del cuidado, que captan la carga de positiva afectividad.

Pero del mismo modo, que el que es cuidado, se siente por lo general agradecido, especialmente si la forma de cuidar es altruista, cuando alguien es usuario y el profesional cobra por prestarle unos servicios, el grado de exigencia cambia. Tanto a veces, que la emisión de un juicio personal sobre la relación, pone en peligro la integridad de los que trabajan para que otros recuperen la salud. Este riesgo de agresiones, verbales unas veces y físicas otras, se incrementa cuando la profesional es una mujer. El desprecio del cuidado como actividad de sirvientes y de la figura femenina en el trabajo durante siglos, podría estar detrás de estas circunstancias.

El ritmo de trabajo de la enfermera asistencial en el Hospital, genera un problema añadido, téngase en cuenta que se trata de una atención continuada durante las 24 horas del día. La organización de este trabajo se realiza por un sistema de turnos, que además de afectar a la propia salud del trabajador, interfiere notablemente en su vida social y familiar. A menudo se rompe el ciclo de vigilia-sueño produciendo efectos indeseables sobre el sistema nervioso y el aparato digestivo y músculo-esquelético. El “salto” de los turnos, aqueja a un buen número de enfermeras y auxiliares de enfermería, dentro de los hospitales. Los ritmos circadianos se rompen, las actividades se realizan en horas de descanso nocturno y el sueño apenas se concilia durante la mañana, o resulta de ínfima calidad. El insomnio y las parasomnias, encuentran un terreno abonado en estas personas. Los horarios de comida, se descabalan. Hay días, en que el cuidador tiene que alimentarse antes que el resto de la familia y otros que vuelve a casa cuando todos están en periodo de reposo. Los trastornos gástricos son muy frecuentes en estas condiciones. La fatiga y el estrés continuado, ocasionados por la responsabilidad, la sobrecarga de trabajo, la turnicidad y la frecuente dificultad para conciliar la vida laboral y familiar, que origina una doble jornada, son fuente de trastornos de ansiedad y depresión y también el origen de lumbalgias, contracturas y otros dolores de espalda.

Los salarios son más bajos que en otros colectivos con idéntica titulación. Resulta cuando menos llamativo, que en la bibliografía consultada, cuyas autoras son enfermeras, no

aparezca apenas reflejado este aspecto económico de desigualdad. Si bien, consultando tablas salariales de profesionales que prestan sus servicios para la administración pública, las retribuciones para el grupo B, al que actualmente pertenece Enfermería, son idénticas (982,64 euros mensuales), para conseguir aproximarse a la cuantía percibida mensualmente por otros profesionales de ese grupo, deben realizar guardias, servicios nocturnos y de festivos o cualquier otro tipo de atención continuada. Así por ejemplo, un maestro con 30 años de antigüedad en Castilla y León, percibe 2.842 euros mensuales, mientras que una enfermera que trabaje a turno fijo de mañanas, sin nocturnidad ni atención continuada, ronda los 1.900 euros mensuales⁵⁸.

14. Los representantes sindicales de enfermería y su distribución por género

Se tiene conocimiento de la existencia de las primeras agrupaciones sindicales, del entonces clasificado como personal auxiliar sanitario -de enfermería-, en la década de los años veinte del pasado siglo. Dichas asociaciones sindicales, se constituirían a partir de las reuniones mantenidas por los representantes del personal, que prestaban sus servicios en importantes hospitales de Barcelona. Tales establecimientos sanitarios, serán el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, el manicomio de San Andrés y el Hospital San Lázaro, agrupados en torno al “Sindicato Único de Productos Químicos”. En 1.926, se establecen los “Comités Paritarios” y durante la 2ª República los “Jurados Mixtos”. Durante el periodo franquista la Ley Sindical consagra el verticalismo y los profesionales de enfermería se integran en el “Sindicato de Actividades Sanitarias”, existiendo cierta analogía, entre Colegios Profesionales y Sindicato⁵⁹. En 1.986 se creará el Sindicato de Enfermería, SATSE, cuyas siglas significaban originariamente Sindicato de ATS de España. Aún figura así en numerosas corporaciones que facilitan su dirección bajo tal denominación. Posteriormente, se añadió la palabra Enfermería, denominándose sindicato de ATS y de Enfermería. Actualmente su denominación es, sencillamente, Sindicato de Enfermería. Es el sindicato corporativo por excelencia y cuenta con un número aproximado de afiliados, de 76.000 enfermeras y enfermeros. Según sus propias palabras “es el Sindicato de las enfermeras y enfermeros de este país. Su existencia responde a la necesidad de dar solución a los problemas de los profesionales de Enfermería y respuesta a sus demandas y reivindicaciones. (...) El Sindicato de Enfermería está alejado de cualquier vinculación política, respetando el pluralismo de ideas de sus afiliados. Lo que realmente vincula a los

⁵⁸UGT. Informe sobre las retribuciones 2009. (citado 11-07-2009) <http://www.feteugt.es>

⁵⁹ SILES GONZÁLEZ, J. *Historia de la Enfermería*. Alicante. Ed. Aguaclara. 1999.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

integrantes de SATSE es nuestra firme creencia en que entre todos podremos mejorar nuestra profesión, contribuyendo así a conseguir una sanidad de mayor calidad⁶⁰. El resto de las formaciones sindicales, tanto a nivel estatal, como autonómico, incluyen una sección de personal sanitario, que integra la categoría de enfermería.

Analizaremos la distribución, según el género, de los representantes de los equipos de gobierno, del Sindicato de Enfermería de España.

SECRETARÍA PROVINCIAL EN CASTILLA Y LEÓN SATSE (Sindicato de Enfermería)									
	Burgos	Soria	Segovia	Avila	Valladolid	Palencia	León	Zamora	Salamanca
	X	X	X		X		X	X	X
				X		X			
VICESECRETARÍA PROVINCIAL EN CASTILLA Y LEÓN SATSE (Sindicato de Enfermería)									
	Burgos	Soria	Segovia	Avila	Valladolid	Palencia	León	Zamora	Salamanca
	-	X	X	X	-	X	X	X	-
	-				-				-

Fuente: elaboración propia a partir de datos publicados en la web del SATSE (Cortesía de Fermoso, MJ)

Puede observarse, que la representación sindical, en las secretarías provinciales, de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, es mayoritariamente femenina. Dentro de las nueve provincias de la comunidad citada, siete de los cargos que ostentan la Secretaría Provincial de este sindicato, son mujeres y solo dos son varones. En las Vicesecretarías la ausencia de varones es total. Sin embargo, como puede observarse en la siguiente tabla, a nivel nacional ocurre algo diferente, la Presidencia y Secretarías Estatales, arrojan un 57% de representantes varones. Si bien ese ligero desequilibrio se produce porque la figura del presidente es un varón. Las Secretarías Generales, se distribuyen en número igual de hombres y mujeres.

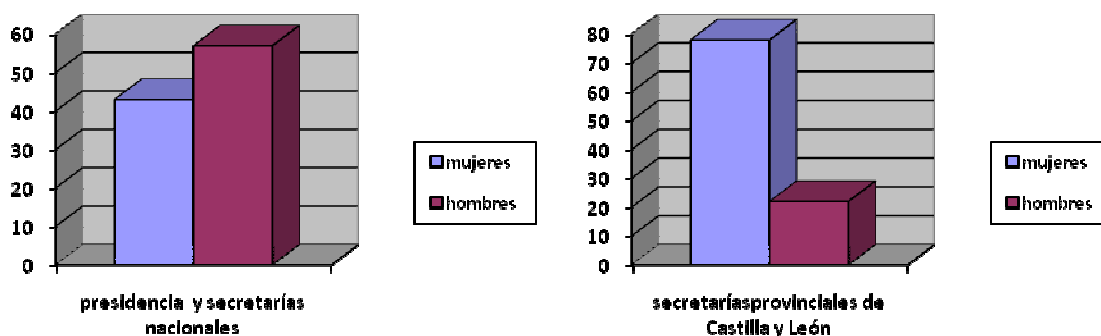
⁶⁰ Sindicato de Enfermería de España (SATSE) (citado 6-07-2009) http://www.satse.es/quienes_somos.cfm

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

PRESIDENTE NACIONAL Y MIEMBROS DE LAS SECRETARÍAS del SATSE (Sindicato de Enfermería)							
	Presidente	Secretaría General de Acción Sindical	Secretaría General de Comunicación	Secretaría General de Finanzas	Secretaría General de Estudios y Desarrollo Profesional	Secretaría General de Organización	Secretaría General de Servicio
			X	X			X
	X	X			X	X	

Fuente: elaboración propia a partir de datos publicados en la web del SATSE (Cortesía de Feroso, MJ)

Obsérvese de forma gráfica, en los siguientes diagramas de barras, que estos datos vienen a constatar una elevada presencia femenina en los órganos de poder del sindicato, mayor en cifras absolutas a nivel de la comunidad citada. En la cúpula más alta, a nivel estatal, existe mayor presencia masculina y el presidente es un varón. Así pues, a más poder, mayor presencia masculina. Aunque tampoco puede olvidarse, que estos cargos, se obtienen por sufragio, entre las personas sindicadas.



15. El frenazo de las Especialidades Enfermeras

Tal y como consta en el interesante trabajo elaborado por el Sindicato UGT, antes de publicarse el actual Real Decreto sobre Especialidades Enfermeras, “entre 1953 y 1977, aparecen como complementarias al título de ATS, diversas especialidades como fruto de la especialización médica y del íntimo contacto laboral de los dos estamentos profesionales, por supuesto sus denominaciones especifican campos de actuación de la ciencia y de la praxis médica: Asistencia Obstétrica, 18 de Enero de 1957; Radiología y Electrología, en 1961; Pediatría y puericultura, 22 Octubre de 1964; Psiquiatría, 22 de Octubre de 1970; Neurología, 22 de Octubre de 1970; Análisis clínicos, 28 de Enero de 1971; Urología y

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Nefrología, 24 de Julio de 1975. Una vez situados los estudios en la Universidad, las especialidades de los ATS dejan de instruirse y el Real Decreto 992 de 1987 de 3 de Julio vuelve a publicarlas, pero esta vez en consonancia con la nueva titulación de Diplomado, llamará la atención que la especialidad de Matrona quede homologada en 1980, por el Decreto 2287 de 25 de Septiembre y no así las demás, cuyas denominaciones esta vez intentan escapar del biologicismo de la ciencia médica para incorporar otras manifestaciones científicas: Cuidados especiales, Enfermería de salud Comunitaria, Gerencia y Administración de enfermería, o Salud Mental. De todas ellas solamente se desarrollaran las de salud mental y Matrona, y como consecuencia del carácter práctico de las especialidades y de las demandas del sistema sanitario, solamente se aplicará a efectos laborales, la de Matrona, refrendada por las Directivas Europeas 80/154, 80/155 y 89/594/CEE.

Las demandas profesionales, seguirán reivindicando el desarrollo de todas las especialidades ya aprobadas y es en Diciembre de 2003 cuando el gobierno presenta un proyecto de Decreto sobre las especialidades enfermeras.”⁶¹ Dicho proyecto, tomará forma de Real Decreto, el 22 de abril de 2005, publicándose el 6 de mayo. En su exposición introductoria dice textualmente: “La constante evolución que en los últimos años han experimentado los conocimientos científicos, los medios técnicos y el propio sistema sanitario, así como la modificación de los patrones epidemiológicos, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud, aconsejan la revisión del Real Decreto 992/1987, de 3 de julio. Por el que se regula la obtención del Título de Enfermero Especialista. La entrada en vigor de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que aborda en su título II una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, determina la necesidad de proceder a una nueva regulación reglamentaria de éstas, incluyendo las especialidades de Enfermería”⁶²

Este decreto suprime todas las especialidades anteriores y se crean otras más adecuadas a los cambios que se están produciendo en la situación académica dentro del proceso de convergencia europea, donde se construye actualmente el Espacio Europeo de

⁶¹ Sindicato de Enfermeras/os de UGT. Federación de servicios Públicos. Valencia. Diciembre de 2005 (citado 19-08-2009) <http://www.fspugtpv.org/fsp/media/respectoespecialidadenfermeria2.pdf> *Documento de enfermería (al respecto de las especialidades de enfermería)*

⁶² BOE núm. 108. Viernes 6 mayo 2005. MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA. 7354 *REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.*

Educación Superior, además de adaptarse, naturalmente, a la evolución experimentada por las ciencias de la salud. Sin embargo, la adaptación como titulación dentro del espacio europeo, no aparece regulada en la escala académica, ni tampoco se acredita en forma de ECTS. Si la enseñanza de postgrado en el espacio europeo, más concretamente el máster, se define como proceso de especialización, la pregunta es ¿por qué las “especialidades” no están incluidas dentro de la carrera académica, en la línea del máster? Si esto no se soluciona en los meses próximos, las especialidades podrían constituir un lastre en el desarrollo académico, para la Enfermería, puesto que quien esté interesado en ser enfermero o enfermera especialista y además progresar hasta el doctorado, necesitará dos años para cursar una especialidad como enfermera interna residente (EIR) y otro más u otros dos para la realización de un máster que le conduzca al doctorado.

Otro aspecto que tampoco parece muy coherente con la creación “de hecho” de plazas específicas para los especialistas, es lo que consta en la disposición adicional tercera, con respecto a la creación de categorías y plazas de especialista. “La obtención del título de Enfermero Especialista por profesionales que presten o pasen a prestar servicios en centros y servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud no implicará el acceso automático a la categoría y plazas de especialistas concordantes, ni el derecho a la adquisición de la condición de personal fijo o temporal en categorías ya existentes o de nueva creación dentro del servicio de salud de que se trate. Dicho acceso se deberá producir a través de los sistemas de selección y provisión de plazas establecidos en la 15484 Viernes 6 mayo 2005 BOE núm. 108 Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, o norma que resulte aplicable. Tampoco supondrá el derecho al desempeño automático de las funciones correspondientes a dicha categoría ni al percibo de diferencia retributiva alguna”⁶³. Es decir, un enfermero, que obtenga la titulación en cualquier especialidad y que esté dentro del Sistema Nacional de salud, en ningún caso, será considerado como tal, a menos que opte a una plaza de especialista por los métodos habituales de concurso oposición, ni percibirá retribución por ello. Hasta aquí, y a pesar de que no da ninguna facilidad de promoción dentro del sistema organizativo, el texto, parece medianamente razonable, pero la pregunta es ¿por qué un decreto que habla de cómo serán las especialidades, insiste casi vehementemente, en que no se obtendrá una plaza concordante ni se percibirá aumento en la retribución económica de forma automática?

⁶³ Ibidem

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Tiempo habría de negociar esos aspectos con los representantes de los trabajadores, en su caso. ¿No será que la enfermería generalista es más barata que la sustentada en especialidades? ¿No será que algún sector, está interesado en que las cosas sigan como siempre? Ya se ha visto que hubo especialidades desde los años cincuenta, pero solo sobre el papel, solo existieron formalmente, de hecho ni se desarrollaron ni se retribuyeron, a excepción de la enfermería obstétrico-ginecológica.

De todo ese amplio catálogo, que consta de 7 especialidades, hasta la fecha, la única desarrollada y que vincula la titulación al puesto de trabajo es la de matrona. Es decir, quien no tenga el título de matrona, no podrá acceder a puestos de trabajo en los que se requiera dicha especialidad. La otra especialidad que puede cursarse actualmente es la de Salud Mental. Sin embargo, ésta no conlleva vinculación al puesto de trabajo, con lo cual un especialista competirá en igualdad de condiciones con cualquier enfermero generalista. Las demás especialidades ni siquiera pueden cursarse por falta de desarrollo. Naturalmente, las plazas de especialista enfermera o enfermero, salvo las de matrona, no han sido sacadas a concurso, porque sencillamente, no existen.

V. Oportunidades para el cambio

1. Nueva titulación de grado. Acceso al doctorado, sin dar un rodeo

Los nuevos Estudios Universitarios de Enfermería, son de Grado. En el Boletín Oficial del Estado, del Miércoles 27 febrero de 2008, aparece publicada la resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da conocer el Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, “por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Ciclo y duración: Los títulos a que se refiere el presente acuerdo son enseñanzas universitarias oficiales de Grado, y sus planes de estudios tendrán una duración de 240 créditos europeos”, que se cursarán en cuatro cursos académicos. La Enfermería se catapultará así, junto a las diplomaturas, en el Espacio Europeo de Educación Superior.

Dicha resolución repercute de manera notable en la evolución hacia adelante de la carrera de Enfermería, tanto a nivel académico como profesional. Ese metafórico “techo de cristal”, que impedía acceder al doctorado a los Diplomados en Enfermería, ha sido pues desmantelado y permitirá a éstos completar la carrera académica, sin salir de los itinerarios que aporta la propia disciplina. Un nuevo horizonte se abre, en cuanto a la incorporación curricular de unos conocimientos más amplios y de mayor calidad. El campo de la docencia está ya mucho más cercano y para ser doctora o doctor en Enfermería no habrá necesidad, como hasta ahora, de cursar una licenciatura en Historia, Derecho, Antropología, o cualquier otra disciplina. Otra importante repercusión se refiere a lo que supone de igualitario respecto a otras disciplinas académicas dentro de la vida universitaria. La voz será más alta en los foros universitarios y las oportunidades, así como el peso específico en el seno de los órganos de gobierno, podrán incrementarse notablemente.

Las oportunidades en investigación, algo tan deseado por muchas enfermeras y enfermeros, se abren como dos grandes puertas de par en par, de forma que esos “matrimonios de hecho”, tan abundantes actualmente, que se formaban entre la enfermería y la investigación, podrán formalizarse de pleno derecho, a partir del Grado.

2. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales

El Boletín Oficial del Estado, publicó en su edición del 30 de octubre de 2007, el Real Decreto de Ordenación de las Enseñanzas Universitarias. Éste, estructura la enseñanza superior en tres niveles: grado, máster y doctorado, eliminando el sistema de Diplomaturas y Licenciaturas. Se incorpora una nueva y única denominación para todos los títulos universitarios. El título universitario, adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior, de primer nivel, será en todo caso, el de grado. De esta forma, Enfermería deja de ser una diplomatura para convertirse en un título de grado de 240 créditos europeos y 4 años de duración, exactamente igual que el resto de titulaciones universitarias.

El Real Decreto⁶⁴ asegura que “se garantizan los derechos académicos adquiridos por los estudiantes y los titulados conforme a sistemas educativos anteriores quienes, no obstante, podrán cursar las nuevas enseñanzas y obtener los correspondientes títulos, a cuyo efecto las universidades, en el ámbito de su autonomía, determinarán, en su caso, la formación adicional necesaria que hubieran de cursar para su obtención”. La disciplina enfermera, ya vivió una situación semejante en el año 1977, al ser sustituidos los antiguos estudios de ATS, por los de la Diplomatura en Enfermería. En aquel momento, el asegurar los derechos académicos y los laborales, homologándolos en la práctica asistencial, perjudicó a la profesión, más que beneficiarla, puesto que no hubo una subida de nivel laboral. Esto suponía, que los ATS titulados no universitarios, cobraban igual a fin de mes que los nuevos diplomados universitarios. Pero el agravio comparativo, que apenas nadie denunció, perjudicó a los diplomados, puesto que hasta ahora han estado cobrando el sueldo de ATS y siendo, en muchos casos, considerados como tales. Por otra parte, como ya se ha comentado en este trabajo, esa supuesta “igualdad”, en nada ayudó a fomentar la obtención del nuevo título, que se ofertó mediante la realización de un Curso de Nivelación.

Sin que hayan salido aún los primeros titulados de Grado en Enfermería, se están volviendo nuevamente a ofertar, por parte de algunas Universidades, cursos de nivelación para la obtención del nuevo título. El nivel de licenciado conlleva un puesto de trabajo

⁶⁴ BOE núm. 260 Martes 30 octubre 2007 44037 MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA **18770 REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.**

dentro de la categoría laboral del grupo A. ¿Se hará realidad esta vez el cambio al grupo inmediatamente más elevado, o volverá a quedarse la Enfermería esperando a los compañeros y compañeras del grupo anterior? ¿Se volverán a cometer los mismos errores que en el pasado? ¿Estará la Administración Pública dispuesta a engrosar cuantitativamente el grupo A, económicamente más costoso? Parece ser que el Estado está dispuesto a asumirlo, pero con un pequeño matiz. Se creará, para estos trabajadores profesionales Titulados de Grado –enfermeras/os–, un grupo A-2, que se diferenciará de los actuales licenciados que ocuparán el grupo A-1 –médicos/as–, en el futuro próximo, también graduados.

Veamos el Artículo 3, que se refiere a las enseñanzas universitarias y a la expedición de correspondientes títulos.

- 1.” Las universidades impartirán enseñanzas de Grado, Máster y Doctorado conducentes a la obtención de los correspondientes títulos oficiales.
2. Los títulos oficiales serán expedidos, en nombre del Rey, por el Rector de la Universidad en que se hubiesen concluido las enseñanzas que den derecho a su obtención, de acuerdo con los requisitos básicos que respecto a su formato, texto y procedimiento de expedición se establezcan por el Gobierno, previo informe del Consejo de Universidades.
3. Las enseñanzas universitarias oficiales se concretarán en planes de estudios que serán elaborados por las universidades, con sujeción a las normas y condiciones que les sean de aplicación en cada caso. Dichos planes de estudios habrán de ser verificados por el Consejo de Universidades y autorizados en su implantación por la correspondiente Comunidad Autónoma, de acuerdo con lo establecido en el artículo 35.2 de la Ley Orgánica 6/2001, modificada por la Ley 4/2007, de Universidades. Los títulos a cuya obtención conduzcan, deberán ser inscritos en el RUCT y acreditados, todo ello de acuerdo con las previsiones contenidas en este real decreto.
4. Las universidades podrán, mediante convenio con otras universidades nacionales o extranjeras, organizar enseñanzas conjuntas conducentes a la obtención de un único título oficial de Graduado o Graduada, Máster Universitario o Doctor o Doctora. A tal fin, el plan de estudios deberá incluir el correspondiente convenio en el que se especificará, al menos, qué Universidad será responsable de la custodia de los expedientes de los estudiantes y de la expedición y registro del título, así como el procedimiento de modificación o extinción de planes de estudios. En el supuesto de convenios con universidades extranjeras, en todo caso, la Universidad española custodiará los expedientes de los títulos que expida.

5. Entre los principios generales que deberán inspirar el diseño de los nuevos títulos, los planes de estudios deberán tener en cuenta que cualquier actividad profesional debe realizarse:

- a) desde el respeto a los derechos fundamentales y de igualdad entre hombres y mujeres, debiendo incluirse, en los planes de estudios en que proceda, enseñanzas relacionadas con dichos derechos.
- b) desde el respeto y promoción de los Derechos Humanos y los principios de accesibilidad universal y diseño para todos de conformidad con lo dispuesto en la disposición final décima de la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, debiendo incluirse, en los planes de estudios en que proceda, enseñanzas relacionadas con dichos derechos y principios.
- c) de acuerdo con los valores propios de una cultura de paz y de valores democráticos, y debiendo incluirse, en los planes de estudios en que proceda, enseñanzas relacionadas con dichos valores”.

Se observa la existencia de tres niveles, grado, máster y doctorado, dentro de la enseñanza oficial. La Enfermería tendrá, por tanto, opción a cursar todos ellos, sin perjuicio de lo que supone cursar las correspondientes especialidades. Los títulos los expide el Rector de cada Universidad en nombre del Rey. Los planes de estudio serán elaborados por las universidades, verificados por el Consejo de Universidades y autorizados por la comunidad autónoma a la que pertenezca cada una de ellas. Las universidades podrán realizar convenios interuniversitarios para organizar enseñanzas oficiales de forma conjunta.

El punto 5 merece especial atención, en el estudio que nos ocupa, puesto que se refiere a la doctrina que ha de inspirar tales estudios universitarios, así como las futuras profesiones que se desempeñen después de cursados. Dicha inspiración está relacionada con el respeto a los Derechos Humanos Fundamentales, incluido el de Igualdad entre hombres y mujeres. Pero, además, indica que deberán “incluirse en los planes de estudio en que proceda”, este tipo de enseñanzas. Se aplicarán los principios de no discriminación, así como la accesibilidad universal para los discapacitados. También se aplicarán los valores democráticos, así como los de la cultura basada en la paz, y su enseñanza se incluirá en los estudios que proceda. Realmente, parece indicada, la inclusión de tal tipo de enseñanzas, en

los planes de estudios de Enfermería, ya que coinciden con valores expresados en el Código Deontológico y en la propia filosofía de su marco conceptual.

3. La carrera profesional del Sistema Nacional de Salud

Como sistema de promoción en el trabajo asistencial, recientemente se ha instaurado, a través de los gobiernos de las comunidades autónomas, la denominada “Carrera Profesional” que consiste básicamente, en la acumulación de méritos, tales como la antigüedad en el puesto de trabajo, la actualización de conocimientos, los trabajos de investigación y los méritos de gestión, siendo retribuida económicamente. El sistema de carrera profesional, resulta de aplicar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, a los licenciados y diplomados, que estén incluidos con plaza en propiedad en las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, si bien, corresponde a las Comunidades Autónomas el desarrollo de la misma.

Se entiende por carrera profesional⁶⁵ de los licenciados y diplomados, incluidos en los artículos 6 y 7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de Salud de Cada Comunidad Autónoma, concordantes con el Sistema Nacional de Salud. El paso a un grado superior de la carrera profesional, requerirá un período mínimo de permanencia en el grado anterior, así como la evaluación favorable de los méritos que se establezcan en cada Comunidad. Tales grados, una vez adquiridos, tienen carácter de consolidados e irreversibles. Para los diplomados, se establece una carrera profesional de 4 grados. Para poder progresar en la carrera, el candidato, se someterá a evaluación en las áreas siguientes:

- a) Actividad asistencial: Se valorará la experiencia, el esfuerzo personal y la calidad. Teniéndose en cuenta, el tiempo de permanencia en el grado correspondiente y el cumplimiento de objetivos previamente fijados.
- b) Adquisición de conocimientos: Se valorará la asistencia a actividades de formación especializada, relacionadas con el ejercicio profesional, siempre que estén acreditadas oficialmente.

⁶⁵ Sindicat de Treballadors i Treballadors de la Salut del País Valencià. La Carrera Profesional. (citado 25-08-2009) http://stspv.intersindical.org/esborrany_carreraprofes_110705.pdf

c) Actividad docente e investigadora: Participación en los programas de formación continuada acreditada. Participación en trabajos de investigación y publicaciones científicas. Contribución a los programas de actualización y formación profesional en el ámbito de su área de conocimiento.

d) Compromiso con la organización y actividad gestora: participación en programas, en comisiones clínicas, grupos de expertos, equipos de investigación y grupos de calidad y acreditación, así como el desempeño de puestos de carácter directivo.

Otras oportunidades de promoción, en los Hospitales de la Sanidad Pública, se encuentran en el campo de la gestión, pudiendo acceder la Enfermería, a puestos de supervisoras de planta o servicio, supervisora de área, adjuntas a dirección de enfermería, subdirecciones y Dirección de Enfermería, situada en el organigrama, al mismo nivel que la dirección médica. Existe, en atención primaria de salud, la figura del Responsable de Enfermería de zona de salud y la Dirección de Enfermería de área de salud.

En cuanto a la docencia, el profesorado enfermero ha ido creciendo, poco a poco, en número de plazas conseguidas, así como en puestos de responsabilidad, a pesar del techo que suponía, en algunos países como España, la titulación de diplomado. La oportunidad que ofrece el Grado, el máster y el doctorado, debe ser aprovechada al máximo, para poder acceder a los puestos de poder en la Universidad.

4. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)

La Enfermería ha desarrollado su actividad de las últimas décadas, basándose en la utilización de un modelo biomédico. Siendo en el siglo XX, el médico, el centro del sistema hospitalario y habiéndose formado, las enfermeras, en las facultades de medicina, no es de extrañar que su actividad estuviera previamente diseñada como ayudantía, hacia dicho colectivo. No se trata, en este momento, de plantearse los perjuicios que este hecho pudo ocasionar al desarrollo profesional, puesto que en su momento aportó un saber importante y valioso, en un ambiente proto-universitario. Lo que si parece evidente, es que el médico ordena, tutela y supervisa las actividades enfermeras.

Sin embargo, al publicarse la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en 2003⁶⁶, la dirección de los cuidados de Enfermería, es reconocida como función propia.

⁶⁶ BOE núm. 280 Sábado 22 noviembre 2003. 21340 LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Además, la Enfermería se contempla oficialmente como profesión sanitaria, puesto que según consta en el título segundo de la exposición de motivos, "los criterios a utilizar para determinar cuáles son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente. Esta normativa corresponde a dos ámbitos: el educativo y el que regula las corporaciones colegiales. Por ello en esta ley se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos". Del cumplimiento de ambos requisitos, goza la profesión de enfermería. Por una parte es titulación universitaria y por otra está organizada en una corporación colegial.

Reconoce a su vez la Ley citada que "existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión. Por ello en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente".

Existe por tanto, una clara evidencia de que los espacios que ocupa cada profesión en el ámbito sanitario, son compartidos por un equipo multidisciplinar. El paciente, cliente o usuario, del sistema de salud es el verdadero eje, alrededor del cual deben girar las profesiones sanitarias. Las enfermeras y los enfermeros, deben aprovechar esta oportunidad de integración en los equipos de salud, para sacudirse el lastre de la subordinación y de la sumisión que aún persiste, en determinados ambientes, como estereotipo ligado al género.

No olvidemos que los fines, por los cuales esta Ley fue creada, son conseguir una mejora en la calidad de la atención sanitaria que se dispensa a la comunidad y por otra, garantizar que los profesionales gozan de un nivel de competencia que salvaguarde el derecho a la protección de la salud. En este sentido, la Ley no hace distinciones entre el tipo de profesionales, una relación horizontal se vislumbra en su doctrina.

Otra oportunidad para la Enfermería, es que desaparece la antigua clasificación entre personal facultativo y no facultativo, sustituyéndose por los dos niveles universitarios. La nueva clasificación establece dos categorías con titulación universitaria, la de profesionales de tipo Licenciado y los de tipo Diplomado. En el título preliminar, las profesiones sanitarias se estructuran en dos grupos:

a) "De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta ley.

b) De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta ley".

Sin embargo, seis años después de publicarse la Ley, las viejas denominaciones siguen, de facto, vigentes. Nuevamente será necesaria una reforma de la Ley, cuando las dos categorías profesionales sean de grado.

Se transcribe la parte del artículo siete, que trata de los diplomados sanitarios y define la función de los enfermeros. Se expresa en los siguientes términos:

"1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:

a) Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades".

Las oportunidades de desarrollo que confiere tal definición a la Enfermería, son difíciles de prever, pero realmente son numerosas y sustanciales, en cuanto a la autonomía profesional se refiere. Hasta la publicación de la Ley, la Enfermería tenía como misión prestar cuidados de salud. La Ley les otorga ahora las competencias de la dirección, y la evaluación de los cuidados dispensados. Además, se reconoce que los cuidados de enfermería, no solo se orientarán hacia la recuperación de la salud –que también es así-, sino que servirán para promocionar la salud y mantenerla. El campo de la prevención, también es reconocido abiertamente, refiriéndose a enfermedades, pero también a discapacidades.

5. El desarrollo de las Especialidades Enfermeras

Si bien, las especialidades enfermeras poseen una amplia “tradición formal, teórica” en nuestro país, al contrario de lo que ocurre con las especialidades médicas, no puede decirse que gocen de buena salud. Varios catálogos de especialidades han sido aprobados por los sucesivos gobiernos, desde que se implementó el viejo título de Ayudante Técnico Sanitario. Sin embargo, al carecer de dotación económica, o ser esta irrisoria y al no ser consideradas requisito obligado para el desempeño del puesto de trabajo en servicios especiales, ni existir un reconocimiento de la calidad por parte de la administración general, ni de los hospitales en particular, dichos catálogos han ido cayendo en el olvido. Existe una excepción que se refiere a las matronas. Dicha especialidad de Enfermera Obstétrico-Ginecológica, hoy por hoy, es la única que lleva vinculado el puesto de trabajo, de forma que no pueden contratarse enfermeras generalistas para los servicios de paritorio.

La “vox pópuli”, reconoce como causas fundamentales que dificultan el desarrollo de las especialidades, el hecho de que la enfermera generalista “cobra menos a fin de mes que la especialista” y que las direcciones, obtienen ventaja en la facilidad que presenta la ovidad de las enfermeras generalistas por los diferentes servicios dentro de los hospitales, lo cual crea sin embargo, problemas añadidos derivados de deficiencias en la pericia, sobre todo en los servicios especiales. Si en los servicios especiales, el puesto de trabajo conllevara la exigencia de la especialidad, no nos encontraríamos en ningún caso, contratos de enfermeras poco expertas o con poca experiencia, lo cual aumentaría considerablemente la seguridad de los pacientes ingresados en dichos servicios. Existe, por tanto, una verdadera necesidad, demandada por los profesionales y transmitida al poder público a través de sus

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

colegios oficiales, de adecuar los servicios de enfermería, según el progreso de los conocimientos técnicos y científicos actuales.

No obstante, y merced a tales demandas profesionales, un nuevo catálogo, que sustituye hasta el entonces vigente y mal desarrollado, de 1987, ha sido aprobado recientemente, para tratar de subsanar las deficiencias de los anteriores. En el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, publicado por el Ministerio de la Presidencia, a propuesta del Ministro de Educación y Ciencia y el de sanidad y Consumo, se dice “La constante evolución que en los últimos años han experimentado los conocimientos científicos, los medios técnicos y el propio sistema sanitario, así como la modificación de los patrones epidemiológicos, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud, aconsejan la revisión del Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista.(...)No cabe olvidar que una nueva regulación de las especialidades de Enfermería ha de tener en cuenta no sólo las recomendaciones que, en este ámbito, se han producido en la Unión Europea, sino también las previsiones constitucionales relativas a la protección de la salud de los ciudadanos y las competencias que, en materia de asistencia sanitaria, tienen atribuidas las comunidades autónomas. Todo ello lleva al establecimiento de un sistema de especialización cuyo desarrollo ha de producirse dentro del modelo del Espacio Europeo de Educación Superior surgido de la Declaración de Bolonia, y cuyo nuevo catálogo de especialidades ha de responder al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos, sin que ello suponga obviar las aspiraciones de desarrollo profesional y de libre movilidad en el Sistema Nacional de Salud, tanto de los enfermeros especialistas como de los enfermeros responsables de la prestación de cuidados generales, ni las competencias de las comunidades autónomas para la organización y gestión de sus Servicios de Salud”⁶⁷. Según la ley, el título de especialista, será expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, con carácter oficial, teniendo validez en todo el territorio del Estado.

Se establece el siguiente catálogo de Especialidades Enfermeras:

- 1) Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- 2) Enfermería de Salud Mental.

⁶⁷ BOE nº 108, viernes 6 de mayo de 2005. MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA
7354 REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

- 2) Enfermería Geriátrica.
- 3) Enfermería del Trabajo.
- 4) Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- 5) Enfermería Familiar y Comunitaria.
- 6) Enfermería Pediátrica.

Otro problema que queda aún por resolver, para las especialidades enfermeras, es la acreditación por medio del Sistema Europeo de Transferencia y Acumulación de Créditos (ECTS). A pesar de que en el Real Decreto, se alude al proceso de Bolonia y que los títulos serán expedidos con carácter oficial por el Ministerio de Educación y Ciencia, haciéndose constar expresamente que el desarrollo de las especialidades ha de producirse dentro de dicho modelo; hoy por hoy, ninguna de las dos especialidades que pueden cursarse en España, tiene reconocidos directamente su valor en créditos europeos ECTS. Con el desarrollo del postgrado oficial, donde se habla de los másteres, como estudios de especialización, parece incongruente que unas especialidades con carácter oficial, no posean el mismo valor y tratamiento que éstos.

6. La prescripción enfermera

Que a una enfermera, en su condición de mujer cuidadora -con el escaso valor que a dicha actividad se ha concedido en el pasado y aún actualmente en ciertos ámbitos, cuyos agentes siguen ciertos esquemas mentales anquilosados-, se le reconozca la competencia profesional de prescribir ciertos principios activos, así como materiales de curas, resulta para algunos, inverosímil. Si además consideramos que dicha profesión se forjó hace más de cincuenta años, en forma de ayudantía hacia el prescriptor, ¿cómo éste, va a ver con buenos ojos, que quien él considera “su ayudante”, en vez de colaborador para resolver problemas de salud, pueda ahora prescribir como él? Lo cierto es que el ingreso de la Enfermería en la Universidad, ha capacitado a sus profesionales para la prescripción de ciertos productos farmacéuticos, que de hecho viene utilizando con autonomía, de “forma delegada” desde hace décadas. La diplomatura actual, cuenta en sus contenidos curriculares con una Asignatura Troncal de Farmacología. Además, las obligadas prácticas clínicas, realizadas en los hospitales de referencia, permiten la adquisición de competencias en el conocimiento y el manejo de los fármacos.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Lo cierto es que la reivindicación enfermera en materia de prescripción, no tiene otra intención que la de legalizar una actividad que está realizando actualmente el colectivo, en su práctica diaria. El diario Xornal (actualizado 6-05-09)⁶⁸, publica una noticia de la Agencia Europa Press, donde se asegura en su titular, que “El Congreso apoya la prescripción enfermera”, saliendo adelante la proposición de ley en ese sentido. “El Congreso de los Diputados ha abierto la puerta a la prescripción enfermera, una reivindicación que el colectivo lleva varios años planteando. Todos los grupos parlamentarios manifestaron ayer su apoyo a una proposición de Ley presentada por el Grupo Socialista para modificar la actual Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, con el fin de otorgar a enfermeros y podólogos la autorización necesaria para recetar determinados productos. Según destacó la diputada socialista Pilar Grande, se trata de buscar un argumento jurídico que ampare “de forma estable y permanente” la situación actual por la que, desde hace años y cada día, muchos de estos profesionales sanitarios prescribían determinados medicamentos “al borde de la legalidad”. De este modo, los socialistas proponen que este cometido se amplíe a aquellos enfermeros y podólogos que estén debidamente “cualificados, con la acreditación pertinente necesaria según su formación universitaria y continuada, y con las habilidades adquiridas en la práctica asistencial”.

Mas aún, explicó Grande, cuando en el ámbito sanitario se considera prescripción ordenar o proponer la realización de acciones dirigidas al paciente, entre las que “no sólo se incluye indicar fármacos”, sino también otras acciones destinadas a mejorar la terapia del paciente.

En este aspecto, indicó que el profesional de Enfermería también prescribe cuando ordena apósitos, cambios posturales, ejercicios de fisiología respiratoria o cuando actúa sobre síntomas como fiebre y dolor, lo que determina el “papel clave” de estos profesionales en el cuidado de los enfermos agudos, crónicos, dependientes o inmovilizados. Grande destacó que los países en los que ya está autorizada esta medida, como Irlanda, Holanda, Suecia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos o Sudáfrica, han obtenido “resultados positivos en cuanto a la mejora del acceso de los pacientes al sistema, de la calidad del cuidado y del coste-efectividad”. Hasta ahora, uno de los principales impedimentos para la reforma de la

⁶⁸Diario Xornal. Agencia Europa Press (citado 25-08-2009) www.xornal.com/.../congreso-apoya-prescripcion-enfermera/2009042821505252403.html

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

Ley del Medicamento ha sido la oposición que, en todo momento, ha presentado la profesión médica.

El presidente de la Organización Colegial de Enfermería, Máximo González Jurado, agradeció la unanimidad que han mostrado todos los grupos parlamentarios a la hora de dar luz verde a una proposición de Ley para modificar la actual legislación, ya que así se da el primer paso para “hacer legal” una práctica “ya real” dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS). Según indicó, de este modo, “se da prioridad al paciente” ya que es “el primer perjudicado” de que esta práctica “no esté amparada por la Ley”.

Por tanto, la ley del medicamento, donde se especifica que solo podrán recetar médicos y odontólogos, debe de ser modificada. Para hacerlo posible, es necesario el acuerdo parlamentario y éste parece que existe. Sin embargo, el gobierno andaluz ha manifestado su intención de adelantarse, teniendo previsto regular dicha prescripción, en el mes de octubre. Según el artículo publicado en “Ecodiario, el economista.es” ⁶⁹ “El proyecto de decreto sobre prescripción de medicamentos por parte de la enfermería andaluza que prepara la Administración autonómica recoge la obligación de este colectivo profesional de recetar fármacos por principio activo, lo que conlleva que el paciente reciba en la farmacia el medicamento disponible más barato, independientemente de si es una marca o un genérico. Según el proyecto de Decreto, al que ha tenido acceso Europa Press, la enfermería andaluza sólo podrá autorizar aquellos medicamentos que no estén sujetos a prescripción médica, es decir, aquellos que el usuario puede comprar sin receta en las oficinas de farmacia.

La obligatoriedad de prescribir por principio activo tiene como finalidad principal controlar el gasto en farmacia, una estrategia que la Administración sanitaria andaluza viene empleando en los últimos años y que ya le ha reportado un importante ahorro en las arcas sanitarias. De hecho, desde finales del año 2001 se ha convertido en una práctica habitual en Andalucía, hasta el punto de que, en la actualidad, el 76,4 por ciento del total de recetas prescritas lo son por principio activo, permitiendo un ahorro al sistema sanitario público

⁶⁹ Ecodiario. Europa Press. 9-01-2009. Titular: “El decreto de prescripción enfermera de Andalucía recoge la obligación de recetar por principio activo”. (citado 25-08-2009)
<http://ecodiario.eleconomista.es/salud/noticias/960199/01/09/Andalucia-El-decreto-de-prescripcion-enfermera-de-Andalucia-recoge-la-obligacion-de-recetar-por-principio-activo.htm>

andaluz de 245,1 millones de euros. En cuanto a la capacidad competencial que el Gobierno andaluz esgrime a la hora de aprobar un decreto de estas características, atendiendo al hecho de que la norma básica de rango superior, la Ley del Medicamento, por el momento está pendiente de modificación en el Congreso de cara a autorizar precisamente este punto, la Junta de Andalucía se sustenta en la disposición adicional duodécima de esta Ley, "mediante la cual pueden adoptarse medidas que faciliten la labor de los profesionales sanitarios que, conforme a esta Ley, no pueden prescribir medicamentos", así aparece en citado proyecto de Decreto.

Además de los beneficios que representa esta medida para conseguir de hecho la liberalización de la profesión enfermera, cuyo derecho ostenta jurídicamente desde hace años, deben existir unos beneficios socio-sanitarios que la justifiquen. De hecho, como se alude en las citas anteriores, en otros países en los que se ha implementado el sistema, los resultados han sido muy positivos, mejorando el acceso de los pacientes a la atención proporcionada por los profesionales, aumentando la calidad de los cuidados, así como una mejora en la relación entre el coste y la efectividad. En este sentido, el Gobierno Andaluz, pone como condición, que la prescripción se haga por principio activo, en vez de por la marca del medicamento, ya que esto supone, como puede observarse, un ahorro considerable.

7. Decálogo Profesional de la Enfermería Española

Dicho decálogo, fue redactado por el Consejo General de Colegios Profesionales de Enfermería de España, como algo más que una declaración de intenciones (actualizado, 21 de mayo de 2009). Dibuja un horizonte reivindicativo. Entre éste y la situación actual, aparece un camino, o varios en la misma dirección, que dotan a la profesión, en su nueva etapa, de vías más amplias, que sin duda facilitarán el tránsito para el desarrollo académico, investigador y asistencial, así como, permitirán subir peldaños en la esfera de la gestión. El Grado en Enfermería supone una magnífica oportunidad para conseguir mayor reconocimiento por la sociedad y el incremento de la propia autovaloración. Este decálogo, se transcribe íntegramente, a continuación, por el interés que ha suscitado entre todas y todos los colegiados, al enumerar propuestas concretas para la mejora de la profesión, a partir de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y de la Titulación de Grado en Enfermería:

- I. “Las enfermeras/os son profesionales facultativos.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

- Su titulación les faculta para impartir cuidados propios de su disciplina.
- Disponen de autoridad, derecho y poder para ejercer sus funciones propias.
- II. Las enfermeras/os realizan su trabajo con autonomía y responsabilidad propia.
 - Son responsables de sus propias acciones, sin depender de otro.
 - Son conscientes y responden a sus actos y obligaciones actuando de acuerdo con ellos.
- III. Las enfermeras/os podrán ser licenciados y doctores en Enfermería.
 - Con capacidad plena para la docencia y la investigación.
 - Con un nivel salarial correspondiente al grupo A.
 - Con un nivel formativo adecuado a sus nuevas competencias profesionales.
- IV. Las enfermeras/os podrán ser especialistas.
 - Profundizando en un área concreta del ejercicio profesional.
 - Aumentando su cualificación y la seguridad de los pacientes.
 - Recibiendo una retribución acorde con su condición de especialista.
 - Incrementando la calidad de los cuidados prestados a los ciudadanos.
- V. Las enfermeras/os tienen funciones de asistencia, docencia, investigación y gestión.
 - Funciones reconocidas en la Ley.
- VI. Las enfermeras/os deberán disponer de una carrera profesional única e igual para todos.
 - Deberán ver reconocida su experiencia, méritos, esfuerzo y contribución a la salud de los ciudadanos.
 - Podrán acceder a diversos niveles de reconocimiento profesional en todo el Estado.
 - Deberán recibir una retribución adecuada a su esfuerzo y nivel de cualificación.
- VII. Las enfermeras/os estarán protegidos de sus riesgos laborales: físicos, psíquicos y biológicos.
 - Dispondrán de una legislación que asegure su defensa contra las agresiones físicas.
 - Dispondrán de planes de asistencia integral en el caso de enfermedades mentales.
 - Tendrán a su alcance todos aquellos mecanismos de bioseguridad que impidan la transmisión de enfermedades séricas así como una norma legal que obligue a su uso.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

- VIII. Las enfermeras/os tendrán un salario no inferior al 80% del salario médico.
- En la actualidad, la media salarial se encuentra en el 45% del salario médico, frente al 80% del año 1983 y a pesar de nuestra mayor cualificación, competencia y responsabilidad.
- IX. Las enfermeras/os realizarán su trabajo en condiciones laborales que disminuyan la actual sobrecarga asistencial y garanticen el 100% de la cobertura de sus plantillas.
- Los recursos humanos de enfermería deberán ajustarse a las cargas y necesidades de cuidados de los pacientes.
 - Las bajas por enfermedad u otras deberán ser cubiertas al 100% en el conjunto de las Instituciones Sanitarias.
- X. Las enfermeras/os garantizan la buena práctica de la profesión, la seguridad de los pacientes y su propia seguridad jurídica.
- La práctica de Enfermería se encontrará normalizada, definidos sus estándares de calidad y con un lenguaje homogéneo en todas sus intervenciones.
 - Estarán acreditadas conforme a criterios de calidad y excelencia para el ejercicio de su profesión mediante la evaluación de su competencia.
 - Dispondrán de la necesaria protección en materia de responsabilidad civil y penal para garantizar su seguridad jurídica”⁷⁰.

⁷⁰ Web del Consejo General de Enfermería de España (citado 9-08-2009)
http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos_de_la_profesion/Decalogo_Profesional.pdf

VI. Conclusiones y propuestas

1. Parece evidente que el cuidado está marcado por ancestrales estereotipos de género.

Desde el Neolítico, la actividad de cuidar se asocia principalmente a la mujer. La mujer, cumpliendo la función reproductiva, se encargaba del mantenimiento de la vida en el ámbito privado. A la vez, el varón proporcionaba sustento y protección, su actividad se desenvolvía fuera del hogar, en el espacio público. Los cuidados de Enfermería, desde la antigüedad, han sido dependientes de otro, del chamán, brujo o médico, cuya actividad era ejercida, generalmente, por un varón. El cuidado ha sido considerado una relación de ayuda, o colaboración en el mejor de los casos, con alguien principal, estando casi siempre el cuidador, exento de autonomía. La acción de cuidar, desde siempre, ha estado ligada al hogar y la mujer. Cuidados femeninos y matriarcado guardan, una íntima relación.

¿Es posible la autonomía de los profesionales del cuidado, la liberalización real de la profesión? Quienes han analizado la relación entre el género y el cuidado, llegan a la conclusión de que la cultura feminista, en su lucha por la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, hará cambiar la mentalidad de los enfermeros y sobre todo de las enfermeras. De hecho, en los Estados Unidos de América, el mayor progreso de la disciplina y de la profesión enfermera, ha corrido paralela al reconocimiento de derechos de la mujer. Mujeres enfermeras, como es el caso de la doctora Virginia Henderson, formularon modelos de cuidados enfermeros basados en la atención a las necesidades humanas. Parece que, cuando el feminismo habla de la ética del cuidado, la Enfermería elabora teorías sobre el cuidado, y esto, marcado dentro del mismo espacio temporal.

Actualmente, hemos visto la gran desproporción que existe en cuanto al mayor número de mujeres enfermeras, en relación al de varones. Otra evidencia, es que los varones enfermeros actuales, tienen tendencia a ocupar puestos donde prevalece la pericia técnica, como los denominados en el Hospital, servicios especiales y también los pertenecientes a atención primaria. ¿Significa esto, que está presente en el imaginario varonil la herencia de los antiguos practicantes varones? Sin embargo, tanto varones como mujeres, desempeñan su trabajo en cualquier servicio de forma análoga. Es posible que existan diferencias en la forma de cuidar, en función del género, pero ninguno de los dos tiene la exclusividad del cuidado.

2. El hecho de que la profesión sea mayoritariamente femenina, parece conferirle desventajas por razón de género

Ya se ha visto, según los datos recopilados en este estudio, que el porcentaje de mujeres que trabajan o cursan estudios de Enfermería es superior al 80%. Esta variable aportaría a la profesión algunas desventajas atribuibles al género. Así, el peso de los roles y el menor reconocimiento social y económico del trabajo más feminizado, explicarían la escasa matriculación de varones en esta Diplomatura. Consecuentemente, la elección de los estudios de Enfermería, por parte de un elevado número de mujeres, parece que se debe a la circunstancia, de que el tradicional papel cuidador de la mujer, está muy arraigado en la memoria colectiva.

Las ideas de abnegación, entrega y subordinación en el sentido de “sumisión”, están aun muy arraigadas como “valores”, especialmente en las mujeres. Se relaciona este aspecto, con dos factores: la educación patriarcal recibida por éstas y la formación como ayudantes, impartida en las antiguas escuelas dependientes de medicina.

Así mismo, se detectan en la bibliografía, observaciones como el sentimiento de escasez en la identidad profesional y de baja autovaloración. Las causas propuestas son: la subyugación de género, religiosa y médica, así como una menguada valoración, económica y social, de la profesión. Entre las soluciones propuestas se encuentran el desarrollo de la enseñanza superior -camino abierto recientemente-, fomentar el pensamiento crítico en las y los estudiantes de Enfermería, la propia gestión de los procesos enfermeros y entrar de lleno en, la hasta ahora acotada parcela, de la investigación.

3. La Historia de la Enfermería Española en los últimos 50 años, ha influido en las desigualdades que le afectan

Hasta 1955, coexistían tres grupos de profesionales, segregados por sexo y función: enfermeras, practicantes y matronas, con una marcada diferencia en cuanto a género, espacios, tareas, nomenclatura, contenidos curriculares e incluso relaciones jerárquicas, con los profesionales del escalón superior. Estos aspectos han influido en la cultura enfermera y en la formación de estereotipos.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

En 1955 se crean los estudios de ATS, dependientes de las Facultades de medicina, unificándose los grupos anteriores. Persistieron desigualdades: escuelas femeninas en régimen de internado, masculinas y mixtas en externado. Asignaturas excluyentes: femeninas (Labores del hogar) frente a masculinas (Medicina legal) Formación en valores discriminatorios: femeninos -abnegación, sacrificio y prudencia- y masculinos -organización jerárquica y obediencia.

En 1977 se crea la Diplomatura en Enfermería, la disciplina cobra auge y autonomía, pero queda bloqueado su paso hacia el doctorado y por tanto se restringen las cotas de poder, especialmente en el ámbito académico.

El 8 de febrero de 2008, al aprobarse la Titulación de Enfermería como enseñanza universitaria de Grado, con una duración de 240 créditos europeos, se presenta una gran oportunidad para deshacer desigualdades y romper “el techo de cristal”.

4. En la oportunidad de acceso a la formación, el acceso al empleo y las condiciones de trabajo en el sector público, no se han detectado desigualdades de género.

En cuanto a la oportunidad de acceso a la formación inicial, no se detectan desigualdades de género, se siguen los criterios objetivos de selección de las Universidades Españolas. En el acceso al empleo, teniendo en cuenta que la mayor parte de los empleadores de nuestro país tienen carácter público -Sistema Nacional de Salud-, tampoco se observa desigualdad de género al utilizarse el sistema de concurso oposición.

En lo referente a condiciones de trabajo, hay diferencias en cuanto a si el empleo es público o privado. En las instituciones públicas los salarios son iguales para varones y mujeres. En el sector privado, el salario es en general más bajo que en las instituciones públicas, tanto para varones como para mujeres. Este hecho se relaciona con el género, en el sentido de que la mayor cuantía de éste, no se reivindica apenas por las mujeres, que son mayoría en esta profesión y se supone además, como algo natural, que estén peor pagadas.

En ciertas clínicas privadas prefieren mujeres vestidas a la antigua usanza con falda corta, por su carácter “decorativo”⁷¹, lo que constituye una evidente discriminación de género. Se cita este hecho, no por lo que pudiera tener de anecdótico, sino por su fuerte contenido simbólico.

5. Los cuidados constituyen la razón de ser de la Enfermería, conllevan un alto grado de complejidad y son la seña de identidad profesional

Analizando los cuidados enfermeros, a lo largo de la historia se observan semejanzas importantes, con los actuales. Sin embargo, la complejidad técnica de estos últimos, no tiene parangón con los desempeñados anteriormente. Dicha cualidad, podría dotar a la profesión de mayor consideración social, puesto que se atribuye más valor, a lo que otros no pueden ofertar. Como ya se ha dicho, la Enfermería se encuentra inmersa en la creciente complejidad, que caracteriza a las Ciencias de la Salud. Los cambios aportados por los nuevos conocimientos suponen un reto, pero también una oportunidad de progreso que hay que aprovechar.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, respalda a la profesión en su misión cuidadora, confiriéndole responsabilidad y autonomía al establecer que “corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”

6. Importantes normas jurídicas, confieren a la Enfermería importancia social, la sitúan en igualdad con otras titulaciones y proporcionan posibilidad de progreso

Como ya se ha analizado anteriormente, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, el Real Decreto sobre especialidades enfermeras, el RD de ordenación de las enseñanzas universitarias y la Resolución de 14 de febrero de 2008, donde se establece el Grado de Enfermería, representan una gran oportunidad para la mejora de esta profesión, que lucha contra una discriminación corporativa marcada por el género.

⁷¹ A finales de 2008, saltó a los medios de comunicación una noticia, donde se denunciaba que las enfermeras que trabajaban en un hospital privado andaluz, habían sido obligadas por la empresa a vestir falda corta, por ser considerada uniforme de trabajo, en vez del pantalón blanco, que usaban sus compañeros masculinos. Noticia aparecida en informativos de TVE y periódicos nacionales (diciembre 2008).

La nueva titulación de grado, el acceso directo al postgrado y doctorado, el reconocimiento como profesión sanitaria, así como la carrera profesional del Sistema Nacional de Salud, entre otras, ya son “per se” ventajas, pero además aparejan un importante valor añadido, pues suponen la adquisición de un nuevo y más elevado, nivel profesional. Implican igualmente, un aumento del reconocimiento y del prestigio social, la posibilidad de acceso a puestos, hasta ahora vetados, de responsabilidad y poder, así como un incremento de la autonomía profesional. Queda pendiente, entre otras cuestiones, la prescripción enfermera, cuya proposición de Ley ha sido aprobada recientemente en el Congreso de los Diputados, y que de resolverse, podría liberalizar a esta profesión, de forma efectiva.

Bibliografía

ALBERDI R. La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, 1998; II (11): 20-26.

ARRIBAS, MA *Mujeres en la medicina*. (citado 2-07-2009)

<http://www.mujeryciencia.es/2008/03/03/cuatro-nobles-y-caritativas-matronas/>

AVAREZ MARTÍN, F. *Perfeccionamiento docente e identidad profesional*. Universidad Alberto Hurtado. Chile (citado 21-08-2009)

<http://mt.educarchile.cl/MT/Falvarez/PonenciaDOCENCIA.doc>.citado

BLAZQUEZ-RODRIGUEZ, M^a Isabel. Los componentes de género Y su relación con la enfermería. *Index Enferm* [online]. 2005, vol.14, n.51, pp. 50-54. ISSN 1132-1296.

CANALS J. *Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos*. Rev. Jano1985; XXIX (660):365-72.

CANO-CABALLERO GALVEZ, María Dolores. Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm*. [online]. 2004, vol. 13, no. 46 [citado 2009-01-14], pp. 34-39. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.

CHAMIZO VEGA, Carmen. La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index Enferm*. [online]. 2004, vol. 13, no. 46 [citado 2009-01-14], pp. 40-44. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.

COLLIÈRE, MF. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Ed. McGraw-Hill/Interamericana, Madrid 1993.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

COLLIÈRE, MF. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista Rol de Enfermería*. 1999; 22(1):28.

COLLIÈRE. MARIE-FRANÇOISE. *Index Enferm.* [online]. 2004, vol. 13, no. 47 [citado 2009-01-15], pp. 10-10. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1132-1296.

COMAS D'ARGEMIR D, *Mujeres, familia y estado del bienestar, en Valle del T (edit) Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Ariel, Barcelona 2000: 187-204

DARRIBA RODRÍGUEZ, Pilar. "Mitología, medicina y enfermería en la Grecia antigua". *Cultura de los cuidados*. Año III, n. 5 (1. semestre 1999). ISSN 1138-1728, pp. 33-37

DELGADO, JM., GUTIÉRREZ, J. *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Ed. Síntesis. Madrid, 1999.

DONAHUE, P. *Historia De la Enfermería*. Ed. Doyma. Barcelona, 1988

ECHEVERRI, S. Enfermería: el arte y la ciencia del cuidar. *Actualizaciones en Enfermería. Una aproximación a la ciencia y el arte*. Vol. 5 No. 4, Diciembre 2002 - ISSN 0123-5583, Santa Fe de Bogotá. Colombia (citado 1-07-2009)
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5402-aproximacion2.htm>

ELIZONDO, T. *Desarrollo histórico de la Enfermería en España*. Prensa Médica Mexicana. México 1.981

FAJARDO E, GERMÁN C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, 2004; XIII(46):9-12.

FERNÁNDEZ PÉREZ, J. Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. *Revista electrónica de investigación educativa, vol.3, Núm.2, 2001*. Rinconada de Ocotlán. México (citado 21-08-2009) <http://redie.ens.uabc.mx/vol3no2/contenido-fernandez.html>

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

FICA HERNÁNDO, M.L. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. (citado 15-06-2009)
<http://enfermeros.org/historia.html>

GARCIA MARTIN CARO, C MARTÍNEZ MARTÍN, M L. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Ed. Arcourt SA, Madrid, 2001.

GARCÍA MARTÍNEZ, A C. Universidad de Huelva. "La Enfermería franciscana en el siglo XVIII: Recetario Medicinal Espagírico (1713), de Diego Bercebal (estudio introductorio y edición de la obra)". En *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, núm. 9. Junio de 2004. Ed. Qalat Chábir, A. C. Alcalá de Guadaíra (Sevilla). Dep. Leg.: SE-1542-94. I.S.S.N.: 1134-5160, pp. 645-774.

GARCÍA A, SAINZ A, BOTELLA M. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 2004; XIII (46):45-48.

GRAÑERAS PASTRANA, Montserrat y VV AA, *La mujer en el Sistema educativo*, Madrid, CIDE Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) 2001

HERNÁNDEZ CONESA, J. *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1995

HERRERA SANCHEZ, R y CASSALS VILLA, M. *Revista Cubana de Enfermería* - Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería.mht (citado 10-08-2009) web revista cubana de enfermería

HERRERA SANCHEZ, Rita y CASSALS VILLA, Maura. Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2005, vol. 21, no. 1 [citado 2009-08-10], pp. 1-1. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0319.

KÉROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME F, DUQUETTE, A.; MAJOR, F. *El pensamiento enfermero*. Ed. Masson S.A. Barcelona, 1996.

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

MAQUIEIRA V. Género, diferencias y desigualdad. En: Beltrán E, Maquieira V, Álvarez S, Sánchez C. *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza, 2000; 127-190.

MC CORMACK, L. *Breve Historia de la Enfermería* Universidad Nacional del Comahue. Buenos Aires, 2007 (citado 20-06-2009)
<http://essa.uncoma.edu.ar/academica/materias/morfo/Historiadelaenfermeria.pdf>

PEIRÓ JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Ed. Eudema. 1993

PIÑERO BARRIL, JA. 2009 (citado 17-06-2009)
<http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/medicina-antiguo-egipto.shtml>.

POWER, E. *Las mujeres medievales*. Ed Encuentro. Madrid 1991

RODRÍGUEZ, G., GIL J., GARCÍA, E. *Metodología de la investigación cualitativa*. Ed. Aljibe, Granada, 1999

SIERRA, M. Formación y Orientación Laboral. Teruel. *Empleos en masculino*. (citado 7-01-2009) <http://heraldoabierto.heraldo.es>

SILES GONZÁLEZ, J. *Historia de la Enfermería*. Alicante. Ed. Aguaclara. 1999.

SIMÓN GARCÍA M, BLESALMALPICA AL, CALVO GUTIERRO MA, BERMEJO DE

PABLOS C, GÓMEZ DE ENTERRIAMC. *Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos clínicos*. Madrid. San Carlos, 1996.

TORRES A, Alexandra and SANHUEZA A, Olivia. *Invest. educ. enferm*, Jul./Dec. 2006

VALLES, M. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Ed. Síntesis. Madrid, 1997

ZÚÑIGA CAREAGA, Y; PARAVIC KLIJN, T *El género en el desarrollo de la enfermería*.
Revista Cubana de Enfermería, vol 25, año 2009 nº1-2. (citado 15-06-2009)
<http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html>

Referencias bibliográficas de entidades y organizaciones

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. El presente Código Deontológico contiene el texto definitivo, resultante de las Resoluciones 32/1989 y 2/1998 que aprueban las normas deontológicas, con posterior corrección de errores. (citado 18-08-2009) www.enfermundi.com

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA. *Decálogo de la Enfermería*. Web oficial (citado 9-08-2009)
http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos_de_la_profesion/Decalogo_Profesional.pdf

DIARIO XORNAL. AGENCIA EUROPA PRESS, PRESCRIPCIÓN (citado 25-08-2009)
www.xornal.com/.../congreso-apoya-prescripcion-enfermera/2009042821505252403.html

ECODIARIO. EUROPA PRESS. 9-01-2009. Titular: “El decreto de prescripción enfermera de Andalucía recoge la obligación de recetar por principio activo”. (citado 25-08-2009)
<http://ecodiario.eleconomista.es/salud/noticias/960199/01/09/Andalucia-El-decreto-de-prescripcion-enfermera-de-Andalucia-recoge-la-obligacion-de-recetar-por-principio-activo.htm>

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA. Universidad de Salamanca. (citado 15-03-2009) <http://enfermeria.usal.es/centro/historia.php>

INSTITUTO ALMA. (citado 17-06-2009)
<http://www.institutoalma.org/CorazonYVida/Lev-L6.htm>

INSTITUTO DE LA MUJER- *Las mujeres en España- Estadísticas- Salud- Profesionales Sanitarias* (citado 7-08-2009)

http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/salud/profesionales_sanitarias.htm

INSTITUTO DE LA MUJER. Ministerio de Igualdad. Secretaría General de Políticas de Igualdad www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/empleo/profesiones.htm - 15k

LA OPINIÓN DE A CORUÑA. *Carreras con género propio*. Ocho de cada diez alumnos de titulaciones sanitarias en A Coruña son mujeres. (citado 1-01-2009)

<http://LaOpinionCoruña.es>, Domingo 09 de noviembre de 2008

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (citado 15-07-2009)

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

PORTAL HÍADES. 1952, *Decreto de 27 de junio, se unifican los planes de estudios existentes hasta aquel momento, esto es, los de Practicantes, Enfermeras y Matronas en uno solo que otorga el de Ayudante Técnico Sanitario (ATS)*. (citado 15-06-2009)

http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/C_Fechas%20clave%20enferme/Fechas_enferme.htm

PORTAL HÍADES. *Revista de Historia de la Enfermería*, vinculado a la Universidad de Huelva a través de la XIII Convocatoria de Innovación Docente, año 2008. (citado 23-07-2009)

http://www.portalhiades.com/Otros%20enlaces/C_Fechas%20clave%20enferme/Fechas_enferme.htm

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA. (citado 20-08-2009)

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=enfermería

SINDICAT DE TREBALLADORS I TREBALLADORS DE LA SALUT DEL PAIS VALENCIÀ. *La Carrera Profesional*. (citado 25-08-2009)

http://stspv.intersindical.org/esborrany_carreraprofes_110705.pdf

SINDICATO DE ENFERMERAS/OS DE UGT. Federación de servicios Públicos.

Valencia. Diciembre de 2005. *Documento de enfermería (al respecto de las especialidades de enfermería)* (citado 19-08-2009)

<http://www.fspugtpv.org/fsp/media/respectoespecialidadenfermeria2.pdf>

SINDICATO DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA (SATSE) (citado 6-07-2009)

http://www.satse.es/quienes_somos.cfm

THALES. CICA. *Código de Hammurabi* (citado 17-06-2009)

<http://thales.cica.es/rd/Recursos/rd98/HisArtLit/01/hammurabi.htm>

UGT. *Informe sobre las retribuciones 2009*. (citado 11-07-2009) <http://www.feteugt.es>

UNIVERSIA. MONOGRAFÍAS. ESPAÑA. *Atribuciones profesionales* (citado 21-08-2009)

<http://contenidos.universia.es/especiales/atribuciones-profesionales/definicion/index.htm>

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. *Historia de la Enfermería* (citado 7-08-2009)

http://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/7/7758/Etapa_Tecnica_de_los_Cuidados_de_Enfermeria.pdf

Referencia normativa

BOE núm.50 Miércoles 27 febrero 2008, MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA.

3648 *RESOLUCIÓN de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería.*

Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería

BOE núm.108.Viernes 6 mayo 2005, MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA. 7354 *REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.*

BOE núm. 178 28122 Jueves 27 julio 2006 JEFATURA DEL ESTADO
13554 *LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.*

BOE núm.260 Martes 30 octubre 2007. MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA
18770 *REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.*

BOE num.269 de 9 de noviembre de 2001. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
20934 *REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.*

BOE núm.280 Sábado 22 noviembre 2003. 21340 *LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS)*

B.O.C. y L. núm. 125 Lunes, 1 de julio 2002 CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. *RESOLUCIÓN de 27 de junio de 2002, de la Dirección General del Secretariado de la Junta y Relaciones Institucionales, por la que se ordena la publicación en el «Boletín Oficial de Castilla y León» del Acuerdo Marco sobre ordenación de los recursos humanos de la Gerencia Regional de Salud, para la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en Castilla y León.*

*Jesús Gallego García, 30 de agosto de 2009
jgallego@usal.es*